

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1957

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Suzanne PLANCHE, née JOLLAND

Née le 25 mai 1930, à La Tronche (Isère)

Présentée et soutenue publiquement le 21 juin 1957

**REFLEXIONS
SUR UN SERVICE HOSPITALIER
DE NEURO-PSYCHIATRIE**

Président : M. DELAY, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1957

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : PLANCHE

Prénom : SUZANNE

Nom de jeune fille : JOLLAND

Date de soutenance : 21 juin 1957

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

PLANCHE (SUZANNE), née
JOLLAND — Réflexions sur
un service hospitalier de neuro-
psychiatrie. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1957, in-8°, 110 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1957, N°).

PLANCHE (SUZANNE), née
JOLLAND — Réflexions sur
un service hospitalier de neuro-
psychiatrie. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1957, in-8°, 110 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1957, N°).

PLANCHE (SUZANNE), née
JOLLAND — Réflexions sur
un service hospitalier de neuro-
psychiatrie. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1957, in-8°, 110 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1957, N°).

PLANCHE (SUZANNE), née
JOLLAND — Réflexions sur
un service hospitalier de neuro-
psychiatrie. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1957, in-8°, 110 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1957, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1957

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Suzanne PLANCHE, née JOLLAND

Née le 25 mai 1930, à La Tronche (Isère)

Présentée et soutenue publiquement le 21 juin 1957

REFLEXIONS
SUR UN SERVICE HOSPITALIER
DE NEURO-PSYCHIATRIE



Président : M. DELAY, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1957

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Bénard (H.), Brocq, Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Debré (R.), Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillaïn, Halphen, Harvier, Laroche (G.), Laubry, Lemaitre, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannié, Sézary, Tanon, Velter.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu
	Broussais
	Salpêtrière
	Cochin
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	QUÉNU (J.)
Clinique de cardiologie	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	MOUQUIN (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	FÈVRE (M.)
Clinique de la tuberculose	MONOD (R.)
Clinique de neuro-chirurgie	BERNARD (Et.)
Clinique de puériculture	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LELONG (M.)
Clinique des maladies du sang	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du système nerveux	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies des enfants	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies infectieuses	CATHALA
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	MOLLARET (P.)
Clinique gynécologique	DELAY (J.)
Cliniques médicales	FUNCK-BRENTANO (P.)
	Hôtel-Dieu
	BICHAT
	Cochin
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	BARIETY
Clinique médicale propédeutique	JUSTIN-BESANÇON
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des	MOREAU (R.)
maladies de la nutrition	DE GENNES (L.)
Cliniques obstétricales	DEBRAY (Ch.)
	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
	Tarnier
Clinique ophtalmologique	BOULIN (R.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	LANTUÉJOUL (P.)
Clinique physio-pathol. des problèmes alimentaires	VARANGOT
Clinique psychiatrique infantile	LACOMME (M.)
Clinique rhumatologique et sociale	RENARD
Clinique stomatologique	AUBIN (A.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	HAMBURGER
Clinique thérapeutique médicale	HEUYER (C.)
Clinique urologique	COSTE (F.)
	DECHAUME (M.)
	SÈNÈQUE (J.)
	LEMAIRE (A.)
	FÉY (B.)

Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIÉ
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	SICARD
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale	MERKLEN (F.-P.)
(chaire à titre personnel)	BARIÉTY (M.)
Pathologie médicale	GARCIN (J.)
Pathologie et thérapeutiques générales	MARIE (J.)
Pédiatrie sociale	HAZARD (R.)
Pharmacologie et matière médicale	DOGNON (A.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	BINET (L.)
Physiologie	STROHL (A.)
Physique médicale	DESGREZ (H.)
Radiologie médicale	PATEL (J.)
Technique chirurgicale	BROUET
Thérapeutique	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

Anatomie .. .	{ DELMAS (A.) <i>pr. s. ch.</i> DEBEYRE (J.) OLIVIER CABROL
Anatomie pathologique .. .	{ GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i> BUSSE (F.) GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie .. .	{ NÉVOT (A.) CHRISTOL
Biochimie médicale .. .	{ ETTORI (J.) <i>pr. s. ch.</i> POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA DESGREZ (P.)
Biologie médicale .. .	BOURLIÈRE (F.)
Dermato- syphiligraphie .. .	DUPERRAT (F.)
Embryologie .. .	TUCHMANN
Histologie .. .	{ BULLIARD (H.) <i>pr. s. ch.</i> COUJARD
Hydrologie .. .	CORNET
Hygiène .. .	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEPARIS (M.) <i>pr. s. ch.</i>
Maladies infectieuses .. .	BASTIN
Médecine légale et du travail .. .	{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> GAULTIER (M.) HADENGUE (A.) ALBAHARY
Neurochirurgie .. .	DAVID (M.)
Neurologie .. .	LHERMITTE
Obstétrique .. .	{ GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MERGER (R.)

MM.

Obstétrique .. .	{ MORIN (P.) RAVINA (J.) LELORIER ROBEY
Ophtalmologie .. .	{ DESVIGNES (P.) BRÉGEAT
Orthopédie .. .	JUDET (R.)
Oto-rhino- laryngologie .. .	{ AUBRY (M.) MADURO (M.)
Parasitologie .. .	{ CHABAUD (A.) BRUMPT (L.)
	ABOULKER (P.)
	BAUMANN (J.)
	GOSSET (J.)
	LAURENCE (G.)
	LORTAT-JACOB (J.)
	OLIVIER (Cl.)
	POILLEUX (F.)
Pathologie chirurgicale .. .	{ VERNE (J.-M.) BARCAT CAUCHOIX DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN MATHEY THOMERET
Pathologie expérimentale .. .	{ MAURICE LOEPER (J.)
Pathologie médicale .. .	{ BERNARD (J.) BOUDIN (G.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DOMART (A.)

	MM.		MM.
Pathologie médicale	LAMOTTE (M.)	Physiologie	BARJETON (D.) <i>pr. s. ch.</i>
	LAROCHE (Cl.)		PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	MILLIEZ (P.)		DEJOURS (P.)
	PÉQUIGNOT (H.)	Physique	
	PERRAULT (M.)	médicale	DJOURNO (A.) <i>pr. s. ch.</i>
	RAMBERT (P.)		GOUGEROT (L.) <i>pr. s. ch.</i>
	THIEFFRY (St.)	Pneumo-	
	TURIAF (J.)	phtisiologie . . .	KREIS (B.)
	BOUVIER	Psychiatrie . . .	BARUK
	BRICAIRE		PICHOT
	BRISAUD	Psychiatrie	
	DEROT	infantile	MICHAUX (Z.)
	MALREZ	Rhumatologie . .	DELBARRE
Pédiatrie	ROYER	Stomatologie . .	CHAPUT (Mme A.)
	WOLFROMM		CERNÉA (P.)
	JOSEPH (R.)	Thérapeutique . .	CHASSAGNE
Pharmacologie . .	POLONOVSKI (Cl.)		PERRAULT
	MOZZICONACCI	Urologie	KUSS (R.)
	CHEYMOL (J.) <i>pr. s. ch.</i>		
	LÉVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i>		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE (A.)	Clinique	
	HUGUIER (J.)	médicale	KOURILSKY (R.)
	LÉGER (L.)		MARCHAL (G.)
	PADOVANI (P.)	Clinique	
	ROUX (M.)	obstétricale . . .	ESCALLE (G.)
	RUDLER (J.C.)		MAYER (M.)
Clinique médicale	DREYFUS (Gilbert)	Clinique	
	HAGUENAU (M.) <i>pr.s.ch.</i>	ophtalmologique	OFFRET (G.)
		Clinique	
		urologique	COUVELAIRE (R.)

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
 Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction M. le Docteur HAHN (A.)
 Conservateur Mlle GOICHON
 Bibliothécaires } Milles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),
 LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551509_0049

A MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

*Leur vie est un exemple pour moi.
Je leur dédie cette thèse, en témoignage
de reconnaissance et d'affection.*

A MON MARI

*Il m'a inspiré cette thèse et nos études
communes nous ont rapprochés.
En témoignage d'affectueuse union.*

A NOS ENFANTS

A MES FRÈRES

*Qu'ils rencontrent dans les voies qu'ils
ont choisies autant de joie que moi-même.*

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN DELAY

Professeur de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur de
présider cette thèse.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre gra-
titude.*

A NOTRE JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD POMMÉ

Professeur de Clinique Neurologique et Psychiatrique
à la Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Agrégé du Val-de-Grâce

Commandeur de la Légion d'Honneur

Médaillé Militaire

Notre stage dans son service fut très riche d'enseignement.

Sa haute conception du rôle de médecin comme sa bienveillance pour ses élèves et ses malades, est un exemple que nous n'oublierons pas.

Qu'il puisse voir dans cette thèse, un reflet du travail de son service, dans lequel il insuffle chaque jour une vitalité plus grande.

Qu'il y trouve l'expression de notre vive et respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. QUIQUANDON

Médecin des Hôpitaux
Ancien Chef du Service de Neuro-Psychiatrie

*En remerciement et en souvenir de l'en-
seignement reçu à nos débuts.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JALENQUES

*En hommage à sa grande expérience de
la neuro-psychiatrie.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERNARD GRIFFITHS

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand
Médecin des Hôpitaux

*Il fut un de nos premiers maîtres.
En fidèle souvenir et en remerciement
de son enseignement.*

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

A MONSIEUR LE DOYEN PATURET

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. GIBERT

Chef de Laboratoire d'Electro-Encéphalographie
des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

A MADEMOISELLE A.-M. POINTUD

Infirmière diplômée d'Etat

Qui nous a aidé à dépouiller de nombreux dossiers.

Affectueux remerciements.

AUX INTERNES ET AUX EXTERNES

Qui se sont succédé durant cinq années dans le service de neuro-psychiatrie que nous avons étudié.

AUX INFIRMIÈRES ET AU PERSONNEL INFIRMIER

PLAN DE TRAVAIL

Première partie

GENERALITES

- I — Place de la psychiatrie et de la neurologie dans le cadre des sciences médicales.
- II — Les différents stades de la « maladie mentale ». Essai de classification clinique.
- III — Tableau d'ensemble du nombre de malades hospitalisés en cinq ans : 4.368 cas.

Deuxième partie

ETUDE DE CHAQUE GROUPE D'AFFECTIONS AVEC L'IMPORTANCE QU'IL A REVETUE DANS LE SERVICE

Chapitre I : LES NÉVROSES

- Essai de définition
- Etude clinique et statistique : états névrotiques ; névroses caractérisées
- Thérapeutique : cures neuroleptiques ; psychothérapie

Chapitre II : LES PSYCHOSES AIGUES

1) *Les troubles de l'humeur (hyperthymies)*

- Essai de définition : manie ; mélancolie ; psychose maniaco-dépressive
- Etude clinique et statistique
- Thérapeutique : convulsivothérapie, cures neuroleptiques

2) *Les délires aigus : leur rareté*

Chapitre III : LES PSYCHOSES SCHIZOPHRÉNIQUES

- La « réaction » schizophrénique
- Etude clinique et statistique
- Traitement : cures de Sakel ; pneumo-encéphalographies ; cures neuroleptiques ; thérapeutiques occupationnelles

Chapitre IV : LE GROUPE DES « DÉLIRES CHRONIQUES »

- Distinction à faire avec les schizophrénies
- Importance statistique et inadaptabilité sociale
- Traitement : pronostic semblant changé par les cures neuroleptiques

Chapitre V : LES ARRIÉRATIONS MENTALES

- Le quotient intellectuel
- Pourcentage d'arriérations mentales dans un service d'adultes

Chapitre VI : LES TROUBLES MENTAUX SYMPTOMATIQUES

1) *D'affections cérébrales :*

- tumeurs cérébrales ;
- traumatismes crâniens ;
- sénilité ;
- affections vasculaires.

2) *D'affections générales :*

- syphilis ;
- tuberculose ;
- endocrinologie ;
- maladies de la nutrition, cancer, anémies...

Chapitre VII : LES PSYCHOSES ALCOOLIQUES

- Aiguës
- Chroniques
- Importance statistique considérable
- Le problème de la désintoxication, des cures de dégoût, de la post-cure

Chapitre VIII : LES ÉPILEPSIES

- Définition, physio-pathogénie

- Epilepsies généralisées : grand mal
- Epilepsie focalisée : E. temporale
- Importance des syndromes épileptiques
- Traitement

Chapitre IX : AFFECTIONS NEUROLOGIQUES DIVERSES

- Scléroses multiloculaires
- Myélites et compressions médullaires
- Tabès
- Syndromes extra-pyramidaux
- Nerfs périphériques

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE

GENERALITES

I. — PLACE DE LA PSYCHIATRIE ET DE LA NEUROLOGIE DANS LE CADRE DES SCIENCES MÉDICALES

Il n'est pas tellement facile, en 1957, de définir et de schématiser en un court chapitre ce qu'est la neuro-psychiatrie. Cela nous paraît cependant indispensable à la compréhension de ce travail, qui se veut avant tout clinique.

En effet, la notion de clinique neuro-psychiatrique fut faussée longtemps par le « dualisme cartésien », écartelée entre le fait anatomo-physiologique et le fait psychique. Aussi est-il utile de considérer un essai de synthèse du problème, ou mieux encore, de replacer « le phénomène humain » dans son vrai cadre, c'est-à-dire le monde qui l'entoure.

Il en découle une définition logique des différentes disciplines que nous allons aborder.

Nous essaierons également de décrire brièvement l'évolution de la neuro-psychiatrie au cours des âges pour aboutir à la synthèse actuelle. Nous pourrions alors la confronter avec les faits pathologiques relevés au jour le jour pendant plus de quatre années dans un service de neuro-psychiatrie.

La pathologie générale peut se diviser naturellement en trois branches :

- 1° La pathologie des appareils vitaux.
- 2° La pathologie des fonctions instrumentales de la vie de relation (neurologie).
- 3° La pathologie de l'intégration psychique de la vie de relation (psychiatrie).

Autrement dit, la psychiatrie est l'étude de la non-adaptation de l'homme à son milieu, apparaissant comme un mode régressif d'existence.

Ces notions paraîtront plus claires lorsque nous aurons examiné l'évolution de la neuro-psychiatrie depuis sa naissance.

— I —

L'aspect de la maladie mentale, aux yeux des primitifs, était essentiellement magique. Depuis le temps d'ESCULAPE jusqu'aux convulsionnaires du cloître de Saint-Médard, la « préhistoire » de la psychiatrie s'étend jusqu'à la Révolution.

Considérés comme des démons ou des possédés, les fous sont enfermés dans des « asiles » de plus en plus nombreux au cours des âges. Toutes les grandes villes de ces époques avaient leurs maisons de refuge, lieux tristement célèbres et marquant fortement l'imagination populaire ; la Bastille elle-même fonctionnait comme maison de santé.

— II —

C'est alors que se place une image d'Epinal, fruit d'une longue maturation psycho-sociologique : le tableau de Th. FLEURY, représentant Philippe PINEL (1745-1826) libérant les aliénés de leurs chaînes. Que ce fait se soit produit en pleine Révolution française revêt une valeur hautement symbolique. C'était en réalité l'aboutissement inéluctable de l'évolution des esprits. La « maladie mentale » s'impose peu à peu comme une évidence, un fait biologique qu'il n'est pas possible de nier.

L'avènement du christianisme avait montré la valeur spirituelle de l'homme ; la Réforme avait hâté la « libération » de l'individu ; les encyclopédistes aboutissaient à la Révolution.

Ce fut également la première révolution de la psychiatrie. Mais elle aboutit à une impasse : l'univers asilaire ; la séquestration du malade mental n'est en effet qu'une mesure de défense sociale.

Sur le plan de la recherche clinique, les œuvres du XIX^e siècle s'orientent également dans une voie sans issue : les entités anatomo-cliniques dont le type même est la « paralysie générale » décrite par BAYLE.

Parmi les « Maîtres », il faut citer en France : ESQUIROL, MOREAU DE TOURS, LASÈGUE, MAGNAN, COTARD, SÉGLAS, RÉGIS. En Allemagne et en Autriche : WESTPHAL, WERNICKE, KRAEPELIN.

Ainsi, s'élaborent les grands « types cliniques » de maladies mentales, voulant être chacune une affection spécifique.

Il existe alors une floraison de descriptions qui aboutissent à des abstractions pures : la démence précoce de KRAEPELIN, reflet de la

recherche organique des démences ; la confusion mentale primitive de RÉGIS, acceptée comme un syndrome toxi-infectieux, les hallucinations ou les obsessions fournissent à l'esprit d'analyse des matériaux de choix.

Certains problèmes neurologiques, comme l'aphasie, donnent lieu à des interprétations et aboutissent aux dogmes des localisations cérébrales (WERNICKE, BROCA).

Elles furent à la neurologie ce que les « entités anatomo-cliniques » furent à la psychiatrie : une erreur d'évolution.

— III —

La transformation de l'état que nous venons de décrire à l'état actuel de la neuro-psychiatrie, au début de la deuxième moitié du ^{xx}e siècle, constitue la deuxième révolution psychiatrique.

Une série de réactions se font jour :

— Contre la séquestration du malade mental :

— CONALLY se fait le partisan de l'« open door » ; il fait ouvrir les asiles.

— Clifford W. BEERS se fait le champion de l'hygiène mentale (1908). Le statut de l'internement commence à être interprété ou réfuté. Le robot-aliéné, fabriqué par les anciennes conceptions, enfermé par une architecture asilaire faite de grilles, de murs d'enceinte et de cellules cadénassées, commence à poser des problèmes.

La conception du fou incurable dont l'internement est le seul traitement, tempéré certes par la bonté des médecins, mais aux mains de gardiens chargés de le « contenir », s'estompe progressivement.

Malheureusement si les esprits changent, les édifices restent et sont encore solides.

— Parallèlement, se multiplient les réactions contre la « nosographie kraepelinienne » ; les maladies mentales deviennent des types de réactions sans spécificité ou autonomie abstraite. La sémiologie se modifie. Sur le plan neurologique, le concept des localisations cérébrales s'effondre.

— Enfin la psychiatrie s'oriente vers l'étude des névroses auxquelles elle attribue de plus en plus d'importance.

Tandis que Pierre JANET, observant et hypnotisant les malades de CHARCOT, étudiait l'automatisme psychologique, Sigmund FREUD (1856-1939) découvrait le dynamisme propre de l'inconscient.

Du déséquilibre entre le Moi et le Sur-Moi surgit la névrose.

Partout se fondent des instituts de psychanalyse. Des schismes se produisent : ADLER et JUNG.

L'étude des psychoses est également abordée dans cette optique :

— la schizophrénie par BLEULER et JUNG ;

— la psychose maniaco-dépressive et la paranoïa par FREUD.

La frontière du pathologique devient très floue, trop parfois aux yeux de certains : il n'y a plus de normal et de pathologique.

Pendant ce temps, PAVLOV représente l'activité psychique supérieure comme une mosaïque de fonctions corticales, liées entre elles pour constituer un vaste système d'association.

A ses théories mécanicistes s'opposent les conceptions psychogénétiques des troubles mentaux, décrites par les écoles psychanalytiques.

— Comment intégrer ces tendances extrêmes dans une psychiatrie moderne débarrassée de ses « complexes » ?

Il faut dépasser le dualisme et l'opposition du physique et du moral pour considérer la personne humaine comme un tout :

1° « L'intégration, c'est l'être », peut-on dire avec SHERRINGTON. L'être humain est composé de fonctions hiérarchisées, et le cerveau est lui-même hiérarchisé, avec sa corticalité subordonnant les autres centres, du diencéphale à la moelle. Il devient l'organe et non le siège de la vie de relation.

Le psychisme devient la forme d'intégration personnelle de l'organisme.

2° Au cours de l'évolution des espèces, l'homme a acquis sa corticalité supérieure. Au cours de son évolution propre à l'intérieur de l'espèce, il acquiert sa personnalité, son individualité.

Mais il se produit parfois des viciations dans cette évolution en principe harmonieuse. On les appelle de termes variés : déviations, dissolution, immaturation, dysgénésie, déstructuration, autant de concepts qui, de nos jours, définissent la maladie mentale.

Si la maladie mentale — qu'elle soit névrose ou psychose — est une régression du développement psychique, elle dépend du substratum sur lequel s'édifie ce développement. Les deux sont donc indissociables.

II. — LES DIFFÉRENTS STADES DE LA MALADIE MENTALE

ESSAI DE CLASSIFICATION CLINIQUE

En face de la masse de malades : environ 4.400 vus dans le service de neuro-psychiatrie de 1952 à 1956, il nous a fallu faire un

essai de classement qui, de par l'essence même de la maladie mentale, était particulièrement difficile et sujet à discussion.

La position que nous avons adoptée nous a paru suffisamment souple pour pouvoir intégrer tous les états, aussi bien psychotiques que névrotiques, la neurologie constituant un domaine particulier, distinct de la psychiatrie.

Suivant l'atteinte de la personnalité, nous distinguons plusieurs grands chapitres :

1. — LES NÉVROSES ; immense domaine très difficile à clarifier, nous paraît être le premier stade du déséquilibre mental à étudier.

Les distinctions sont ici très subtiles et sources de discussions : névrose d'angoisse et névrose obsessionnelle, psychasthénie et troubles cénestopathiques, hystérie ou pithiatisme, tous les stades des revendications affectives plus ou moins conscientes peuvent exister.

2. — LES HYPERTHYMIES, faisant partie des psychoses aiguës ou perturbations de l'humeur.

Dans ce cadre entrent la manie, la mélancolie et la psychose maniaco-dépressive.

Les délires aigus, les bouffées excito-confusionnelles, certaines psychoses du post-partum sont des cas particuliers que l'on peut étudier à cette occasion.

3. — LES PSYCHOSES SCHIZOPHRÉNIQUES, basées sur une dissociation plus importante de la personnalité, revêtent une importance toute particulière.

Leurs différentes formes seront examinées dans ce chapitre.

4 — LES PSYCHOSES DÉLIRANTES CHRONIQUES, ou délires chroniques, dont les rapports avec la structure schizophrénique font l'objet de discussions, seront étudiées comme stade au moins aussi avancé de dissociation.

Peuvent entrer dans ce chapitre toutes les formes de délires dits « chroniques », quoique ce terme paraisse particulièrement impropre de nos jours : les délires hallucinatoires, les délires de persécution, les délires confusionnels.

Tandis que la schizophrénie de l'adolescent ou de l'homme jeune est la conséquence de son échec d'adaptation au milieu, ces formes « délirantes chroniques » paraissent refléter l'échec ou le fléchissement de l'adaptation de l'homme mûr.

5. — Dans un chapitre spécial, nous étudierons LES ÉTATS D'ARRIÉRATIONS de tous ordres, qui posent beaucoup moins de problèmes et sont faciles à classer.

6. — LES ÉPILEPSIES ont été isolées pour des besoins nosographiques. Ce chapitre, en plein remaniement grâce aux techniques électro-encéphalographiques, mérite une place à part.

Les différentes formes d'atteintes irritatives focalisées ou diffuses, temporales ou sous-corticales, seront passées en revue à la lumière de la clinique.

7. — LES TROUBLES MENTAUX SYMPTOMATIQUES D'AFFECTIONS CÉRÉBRALES seront étudiés dans un chapitre en rapport avec leur importance liée en partie aux progrès de la neuro-chirurgie et des techniques d'exploration : encéphalographies gazeuses, artériographies carotidiennes, ventriculographies.

Nous verrons successivement : les néoformations et les processus expansifs cérébraux et surtout le chapitre neuf et en pleine étude des atrophies cérébrales diffuses ou localisées. Il est intriqué avec celui des affections purement vasculaires dont le type est le ramollissement.

Toutes les formes d'involution sénile viendront prendre place à côté des affections cérébrales dégénératives citées précédemment.

Enfin, nous verrons la progression numérique des troubles dus aux traumatismes crâniens.

8. — LES AFFECTIONS GÉNÉRALES ont parfois des incidences psychiatriques qui nous rappellent que le « spécialiste » doit d'abord bien connaître sa pathologie générale.

Une véritable revue de médecine interne pourrait être faite : affections cardiaques, dysfonctionnements endocriniens, anémies, tumeurs malignes, néphrites avec urémie, tuberculose sous toutes ses formes.

Nous étudierons à part la syphilis et ses manifestations diverses : méningo-encéphalite plus ou moins évolutive, artérite, parfois simple découverte d'examen systématique sans extériorisation clinique.

9. — L'ALCOOLISME, aigu ou chronique, mérite également une place à part par son importance numérique : 50 % des malades du service hommes en sont atteints.

Des études antérieures ont déjà été faites sur ce problème, dans le service, en particulier sur le *delirium tremens*.

10. — LES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES pures termineront ce tour d'horizon. Leur faible importance numérique met en évidence un fait

d'expérience : la neurologie, dont le domaine se trouve isolé entre celui de la psychiatrie et celui de la neuro-chirurgie, ne peut vivre seule. Le bloc neuro-psychiatrique fait partie de l'hôpital général et dépend de lui pour nombre de techniques modernes : laboratoires de biologie, d'électro-radiologie, disciplines diverses. Mais il doit être relativement indépendant et avoir son autonomie. Une synthèse harmonieuse doit être trouvée entre les départements divers et eux-mêmes autonomes qui doivent former le service hospitalier de neuro-psychiatrie : neurologie, neuro-chirurgie, électro-encéphalographie, psychiatrie adulte et infantile, psycho-pathologie.

* *

Nous abordons, pour terminer, un problème également difficile qui est celui de l'organisation matérielle en France de la neuro-psychiatrie.

A la vérité, elle est très inégale, le meilleur côtoie le pire, l'univers concentrationnaire et asilaire survivant du passé persiste à côté de réalisations hardies dues à des médecins des hôpitaux et des hôpitaux psychiatriques qui ont lutté des années pour voir leurs conceptions devenir réalités.

La vieille opposition entre services « ouvert » et « fermé » devrait disparaître progressivement devant les progrès de la psychiatrie. Lorsqu'on aura cessé de considérer cette branche des sciences médicales comme une parente pauvre, l'hôpital psychiatrique deviendra vraiment une maison de soins comme une autre, orientée vers une réadaptation du malade à la vie quotidienne.

Si nous essayons de schématiser le problème, nous le réduisons à trois éventualités :

1° Il existe dans un même département un service ouvert et un service fermé ; c'est le cas pour le Puy-de-Dôme.

2° Il n'existe qu'un service fermé ; cela est fréquent.

3° Il n'existe qu'un service ouvert (Tarn-et-Garonne).

Les deux dernières éventualités sont assez faciles à résoudre. La querelle service ouvert ou fermé est surtout juridique, et les malades sont toujours admis et sont aussi bien soignés qu'ils soient l'objet d'un placement volontaire ou d'un internement d'office.

Plus compliqué est le cas de la coexistence d'un service ouvert et fermé. Deux états de faits existent alors :

1° Le même établissement — l'hôpital psychiatrique — englobe les deux services. La coexistence est facile, les médecins sont les mêmes et les seules difficultés sont administratives.

2° Dans les villes d'Ecole ou de Faculté de Médecine, l'hôpital général comprend un service de neuro-psychiatrie dit « service hospitalier ». C'est le cas pour celui de Clermont-Ferrand que nous allons étudier.

Sa coexistence avec l'hôpital psychiatrique est alors plus délicate. Il est souvent rattaché à la chaire de neuro-psychiatrie lorsqu'il existe une Faculté. Il est indispensable à l'enseignement. Il devrait être à l'avant-garde de la recherche scientifique.

Quelle peut-être alors la participation des médecins des hôpitaux psychiatriques ? Une synthèse devrait se faire jour, mais elle est encore embryonnaire.

Cette situation regrettable est souvent source de malaises. Séquelle du passé, avec l'univers asilaire, la « folie incurable » et d'autres mythes, elle devrait disparaître.

Le service hospitalier que nous allons étudier, est l'illustration des difficultés dans lesquelles se débattent les psychiatres français.

C'est un service ancien dans de vieux bâtiments. Mis à l'écart, c'est un autre hôpital qui contient les grands services de médecine et de chirurgie ; il est voisin d'un hospice de vieillards. Faisant partie du centre hospitalier régional, il est indépendant de l'hôpital psychiatrique.

Sous l'impulsion particulièrement vivante et efficace de Monsieur le Professeur POMMÉ, sa contenance et son débit ont considérablement augmenté durant ces dernières années.

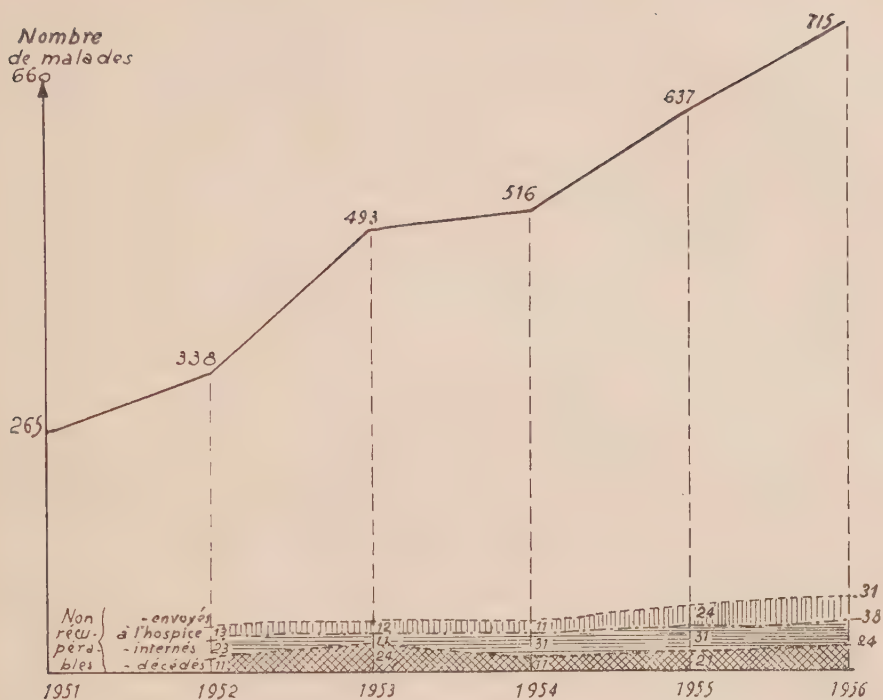
Les traitements les plus modernes y sont appliqués, contraste particulièrement frappant entre les locaux et la technique.

Actuellement 70 hommes et 80 femmes y sont traités en permanence. Presque toujours pleins, les deux services, hommes et femmes, utilisent souvent des moyens de fortune pour faire face à des situations difficiles. Le dévouement des infirmières est le premier à louer. Les deux internes et les quatre externes connaissent également des matinées fort chargées ; internes et assistants assurent la permanence des soins l'après-midi.

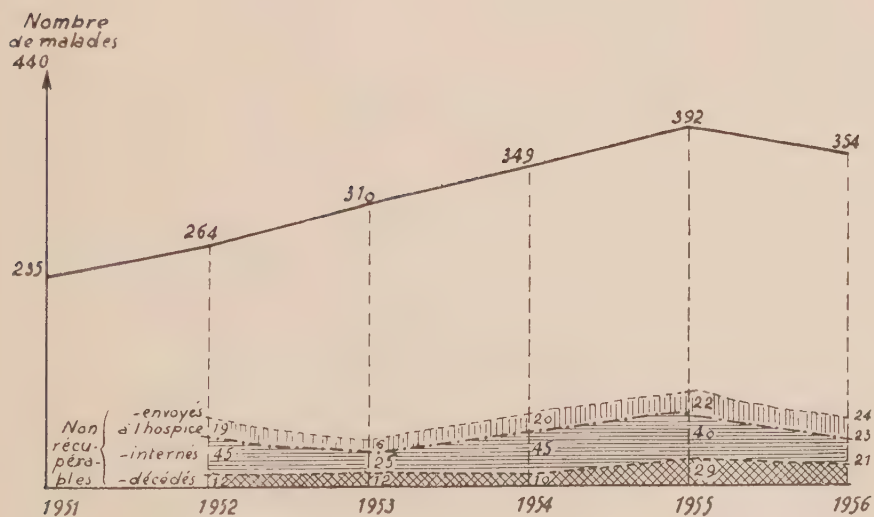
L'enseignement des stagiaires, pendant l'année scolaire, est en pleine organisation, en rapport avec le début de la nouvelle Faculté de Médecine.

Assistant ou attaché, tous les médecins, sous l'influence bienveillante du chef de service, ont l'impression passionnante de voir et de faire vivre « leur service ». L'expérience clinique que tous en retirent est inestimable.

Nous espérons en voir un aspect se refléter dans cette thèse.



HOMMES



FEMMES

La notion d'efficiencé ou de « productivité » peut être recherchée dans le service.

En effet, son but est de rendre à la vie sociale le nombre maximum de malades guéris (c'est-à-dire re-socialisés, si l'on peut employer ce néologisme).

Les techniques et les traitements modernes nous y aident puissamment, comme nous le verrons. Moins un malade reste de temps hospitalisé, mieux cela vaut pour sa faculté de réadaptation. L'univers artificiel d'une salle d'hôpital et celui encore plus « concentrationnaire » d'un hôpital psychiatrique vont à l'encontre souvent du but recherché. Aussi est-il intéressant de voir sur un tableau, combien de malades ont pu se réadapter assez rapidement, par comparaison avec une certaine quantité d'irrécupérables définitifs. Comme on peut s'y attendre, pour un service hospitalier, à l'opposé d'un hôpital psychiatrique, le nombre de malades s'étant réadaptés est très important. Il l'est plus chez les hommes que chez les femmes. Nous en verrons les raisons.

	Total	Névroses	Dysthymies Délires aigus post-partu- a	Schizo- phrénie	Délires chroni- ques	Arrié- rations	Epilep- sies	Troubles mentaux d'affec- tions cérébra- les	Troubles mentaux d'affec- tions organi- ques	Alcool- isme aigu et chroni- que	Affec- tions neuro- logi- ques diver- ses
1952 { Hommes	338	35	30	22	15	8	10	39	19	151	9
1952 { Femmes	264	40	72	15	38	2	14	47	24	9	3
1953 { Hommes	493	47	34	18	11	8	21	64	15	261	14
1953 { Femmes	310	55	95	14	20	6	18	58	15	15	14
1954 { Hommes	516	55	33	23	16	8	26	63	18	257	17
1954 { Femmes	349	33	106	18	41	6	20	62	18	30	15
1955 { Hommes	637	57	45	30	14	10	37	75	19	324	26
1955 { Femmes	592	41	114	33	32	9	25	84	13	33	8
1956 { Hommes	715	88	54	31	15	8	34	78	32	367	8
1956 { Femmes	354	52	12	26	23	10	21	66	16	40	8

CHAPITRE I

LES NEVROSES

I. — ESSAI DE DEFINITION

Tous les auteurs paraissent se mettre d'accord sur un point : le caractère protéiforme des névroses et la difficulté de leur classement.

En fait, ils ont chacun ou presque, leur manière de les concevoir suivant qu'ils se déclarent « mécanicistes », « biologistes » ou « psychanalistes ».

Rappelons ce qui les oppose, avant de tenter, après d'autres, d'essayer un rapprochement.

— A vrai dire, les théories organacistes ne se sont guère occupées des névroses ; ce sont surtout certains symptômes névrotiques qui furent étudiés : hallucinations considérées comme altérations organiques par exemple.

— A l'opposé, FREUD commença par l'étude des symptômes névrotiques pour aboutir à sa conception de la psychanalyse (ce ne fut que secondairement qu'il l'appliqua aux psychoses : mélancolie, schizophrénie).

Chaque symptôme névrotique que nous retrouvons a une « clef » inconsciente. Il s'explique par la fixation ou la régression à certains stades dont la description s'inspire de la sexualité infantile : oral, anal, œdipien.

C'est donc en se basant sur cette pathogénie que FREUD établit une classification des névroses, qui s'avère être fatalement d'ordre psychogène.

— Parallèlement à l'impulsion donnée par FREUD et son école, nous voyons se développer une conception basée sur l'analyse réflexologique. Partant des travaux de JANET, puis de JACKSON, nous aboutissons à « l'organo-dynamisme » dont H. EY s'est fait récemment l'un des défenseurs les plus ardents.

Celui-ci étend aux névroses le principe de la dissolution organogénétique plus facilement admis par beaucoup pour les psychoses. Les névroses sont seulement des dissolutions plus légères, les différents degrés de dissolution allant des névroses les plus bénignes aux psychoses les plus graves, aux démences.

J. DELAY et son école sont d'une opinion différente :

« Le système nerveux étant une hiérarchie de niveaux, la dissolution d'une instance subordonnante a pour conséquence la libération de l'instance subordonnée, mais cette libération n'est qu'une émancipation et non une création. Or, cette notion de dissolution-libération, féconde dans les maladies mentales liées à des processus organiques, devient insuffisante dès qu'il s'agit de développements névrotiques. La psychose représente une dissolution de la personnalité, la névrose une déviation.

En l'absence de tout déficit intellectuel, le déséquilibre des forces affectives, même s'il représente une régression par rapport à l'évolution normale des instincts, peut devenir le point de départ d'une progression. Tout se passe comme si l'énergie refoulée, ne trouvant pas à se satisfaire par les voies habituelles, se frayait d'autres itinéraires qui, s'ils aboutissent dans l'immense majorité des cas à une impasse, parviennent parfois à trouver une issue donnant accès à un « monde de valeur ». C'est là, comme on dit, une sublimation, en d'autres termes « un refoulement qui réussit ». (1)

Nous pouvons donc admettre qu'un « distinguo » élémentaire et par trop schématique est celui qui oppose névroses et psychoses. Mais le terme de névrose étant consacré par l'usage et le problème envisagé reconnu comme très complexe et très vaste, (polymorphisme des états successifs, mécanismes étiologiques variés), nous avons retenu les conclusions d'une étude récente de P. LOO sur les névroses et adopté au moins provisoirement sa classification :

- 1) *Les états névrotiques*, pouvant correspondre à la neurasthénie de BÉARD.
- 2) *Les névroses à dominante caractéristique* :
 - la névrose anxieuse ;
 - la névrose obsessionnelle ;
 - la psychasthénie, décrite par JANET ;
 - l'hystérie pure nous a paru rare, mais un appoint de majoration ou de revendication affective est assez fréquent ;

(1) Discours présidentiel au LII^e Congrès des Neurologistes et Psychiatres de Langue Française, Liège, 25 juillet 1954.

— le déséquilibre caractériel enfin, dont le rattachement aux névroses est discuté, peut être étudié en fin de chapitre avec ses incidences anti-sociales.

Ce dernier point nous permet d'aborder en passant, le problème des « constitutions psychiques », aboutissement d'une nosologie ancienne. Il est impossible en effet de nier absolument une certaine tendance du « caractère » de chacun de nous ; en appliquant au psychisme les termes hypocratiques, nous pourrions parler de « tempéraments ».

C'est ainsi que la « perversion constitutionnelle » ou tendance amoral d'un certain nombre d'individus, s'identifie à peu près aux caractéristiques cliniques des malades que l'on appelle « déséquilibrés affectifs ». Mais quels critères adopter pour différencier un pervers constitutionnel d'un pervers réactionnel ? Le psychanalyste nous déclare : « L'immaturité instinctivo-affective, la structure sado-masochiste, le caractère auto-punitif final des conduites permettront la séparation des pervers réactionnels des pervers constitutionnels dont le noyau pervers, caractérisé par l'amoralité, l'inaffectivité, l'impulsivité, l'indignité, l'inadaptabilité, incite à recourir à des moyens de défense sociale plutôt qu'à la psychothérapie ».

Tout aussi subtile est la distinction faite entre les divers états paranoïaques. Cette « constitution » est faite de surestimation de soi et de fausseté du jugement, avec rigidité psychologique. Depuis l'égo-centrique dédaigneux et hautain, jusqu'au persécuté interprétant, où fixer les limites de la névrose et de la psychose, de l'état normal et de l'état pathologique ?

Les mêmes remarques sont valables pour la « constitution » schizoïde faite de désintérêt du monde extérieur, d'abstraction et de rêve intérieur.

La « constitution » cyclothymique, avec ses épisodes d'excitation euphorique et de dépression engendre-t-elle névroses et psychoses maniaco-dépressives ?

Comme nous pouvons nous en apercevoir, il ne faut pas pousser très loin le problème des constitutions psychiques pour aboutir à une impasse.

Il existe des « caractères » ou des « tendances » individuelles, que l'on peut retrouver assez facilement lorsque la dissociation psychique n'est pas trop avancée. Essentiellement changeants et mouvants, ils ne conditionnent pas automatiquement une névrose et encore moins une psychose. Ils peuvent lui donner une teinte, une coloration.

En résumé, notre personnalité peut être « déviée » par des facteurs externes ou internes — ou subir une dissolution légère — c'est la

névrose et nous réagissons avec notre « caractère » propre. Cette réaction peut nous conduire dans une impasse : c'est la névrose installée et fixée, comme nous en voyons beaucoup. Ou bien il peut se produire une « sublimation », la névrose devenant constructive au lieu d'être destructive. Elle permet même parfois l'éclosion de grandes œuvres d'art. Mais cette sublimation est-elle encore du domaine du pathologique ?

II. — ÉTUDE CLINIQUE

Ayant artificiellement divisé le chapitre des névroses, nous allons essayer de les étudier à la lumière des faits pris dans le service hospitalier.

Un tableau résume nos chiffres en ce domaine :

Quelques remarques préliminaires sont à noter :

- 1° Le pourcentage des névroses est relativement plus élevé chez les femmes hospitalisées — environ 13 % — que chez les hommes — environ 10 %.
- 2° Il est difficile de se faire une idée très exacte du nombre de névropathes. De l'avis général des psychiatres exerçant une clientèle privée, ils sont légion, de loin plus nombreux que les malades atteints de psychoses caractérisées. Or seuls 10 % environ se retrouvent dans nos statistiques hospitalières. Ce sont d'ailleurs les plus atteints.

	1952		1953		1954		1955		1956	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Etats névrotiques	17	10	20	14	12	11	20	9	40	20
Névrose anxieuse	11	11	12	17	12	5	20	15	24	12
Névrose obsessionnelle	0	0	1	0	2	2	1	2	0	1
Hystérie	0	2	3	3	4	1	3	2	0	3
Déséquilibre caractériel	7	17	11	21	25	14	13	13	24	16
Total et pourcentage par année	35 10,3%	40 15,1%	47 9,5%	55 17,7%	55 10,6%	33 9,4%	57 9%	41 10,4%	88 12,3%	52 14,6%

Cela s'explique facilement par le caractère des névroses. Il est dans la règle peu recommandé de les soigner en milieu hospitalier. Les raisons en sont multiples : promiscuité avec des malades plus atteints, fixation de leurs idées et états morbides, manque de thérapeutique occupationnelle suivie.

Nous verrons au chapitre de la thérapeutique que, en dehors des cures neuroleptiques poussées, un traitement ambulatoire est très souvent suffisant.

A) LES ETATS NEVROTQUES

« M. ROBOT est amaigri, désespéré, amer, constellé de diagnostics. Après quelques ennuis et une longue période de surmenage, il éprouve des palpitations, ensuite des maux de tête, un peu d'insomnie, une extrême fatigue matinale et l'impression angoissante d'être serré sur la poitrine. » La langue est sale, l'appétit diminué. Le médecin stimula le foie, apaisa la vésicule, mais en vain, et sur des clichés rassurants, il conclut à une maladie imaginaire.

« Le "médecin des nerfs", à cause des céphalées occipitales, pensa à la névrite du nerf occipital d'Arnold ; il soupçonna ensuite, du fait des troubles cardiaques (palpitations) associés et d'une radio cervicale suspecte, un syndrome de Barré et Léou.

« M. ROBOT ne fut point amélioré, il différa cependant les solutions neuro-chirurgicales (infiltrations, radicotomie, artériographie).

« Des psychiatres virent en lui un anxieux ; d'autres un cénestopathe, certains un psychasthénique ; son désespoir, son pessimisme inclinaient même quelques-uns à diagnostiquer un état mélancolique ou tout au moins un état dépressif.

« Pour le psychanalyste, c'était une névrose d'organe. »

Ce tableau que nous empruntons à P. LOO, reflète exactement l'état que nous voulons étudier. Il représente un bon tiers de nos cas.

Il n'entre point dans nos intentions de discuter les problèmes nosologiques soulevés à leur sujet :

— La « *neurasthénie* » rassemble pour VAN GEUCHTEN, toutes ces névroses. Pour d'autres, elle se limite aux états cénestopathiques variés.

— La « *psychasthénie* » de Pierre JANET, paraît plus rare à retrouver à l'état pur.

— Le terme de « *psycho-névrose* » a évolué aussi dans sa signification, et actuellement serait à attribuer aux formes graves, tendant à devenir psychotiques.

Dans tous ces états, on trouve des traits communs : des troubles cénesthésiques et des troubles psychiques.

a) LES TROUBLES CÉNESTHÉSQUES

- Les céphalées, souvent localisées à la nuque.
- Les douleurs dorsales, entre D4 et D7, d'origine souvent neuro-végétative ou hormonale.
- Les palpitations extrêmement fréquentes.
- Les spasmes sont la règle : à la gorge, sur la poitrine, l'estomac, l'intestin.
- Les faux vertiges.
- Les algies diverses, les anesthésies douloureuses, mal localisées, « tête vide », « tremblement intérieur », etc.
- Les atteintes des sens, et en particulier le déficit génital avec impuissance et surtout frigidité.
- Les troubles du sommeil sont pratiquement constants.

b) LES TROUBLES INTELLECTUELS

— Les difficultés variées pour fixer l'attention, l'impression de déficit intellectuel, la crainte d'oublier sont facteurs d'anxiété. Ce sont les troubles du rendement intellectuel. A côté se situent les phobies et les obsessions.

B) LES NEVROSES A DOMINANTE CARACTERISTIQUE

a) LES NÉVROSES ANXIEUSES sont les plus fréquentes dans nos statistiques. Elles occupent le second tiers de nos cas. L'anxiété, à l'état de symptôme, se retrouve d'ailleurs fréquemment en psychiatrie. Il est un « produit », si l'on peut dire, du déséquilibre mental conscient, comme à un stade non pathologique, c'est la résultante de la « lutte pour la vie ».

Lorsqu'elle domine nettement le tableau décrit ci-dessus, émergeant au-dessus des autres signes, rendant la vie intolérable, dramatisant toutes les sensations, c'est une névrose anxieuse ou névrose d'angoisse. Quoique pour certains, une distinction puisse être faite entre les deux.

b) LA NÉVROSE OBSESSIONNELLE est difficile à individualiser. Nous en retrouvons très peu chez nos malades hospitalisés. Ce sont les obsessions-impulsions qui la caractériseraient ou plus exactement la phobie des impulsions : crainte d'employer des couteaux, de tuer son

enfant, d'étrangler son mari ou sa femme, etc. Nous en avons décelé autant chez les hommes que chez les femmes. Les limites sont très floues avec l'anxiété, qui est automatiquement réactionnelle, le sujet luttant contre ses idées et ses actes parasites.

c) L'HYSTÉRIE est nommée *pithiatisme* par certaines écoles qui craignent d'employer le premier terme par réaction contre CHARCOT qui en fut le « père », si l'on peut s'exprimer ainsi.

Elle se retrouve rarement chez les malades étudiés. Là elle est plus fréquente cependant chez les femmes que chez les hommes.

Deux formes pures de paralysie pithiatique, une hémiplegie et une paraplégie ont été retrouvées. Une troisième était plus fruste, la paraplégie n'était pas complète et la sensibilité n'était abolie.

Ce qui est plus fréquent est l'existence d'une certaine majoration plus ou moins grande suivant les cas, de symptômes névrotiques. Comme d'autres auteurs (P. Loo), l'hystérie nous a semblé consécutive à de graves altérations de la personnalité par des processus organiques, psychiques, parfois émotionnels. Sa place parmi les névroses est dans les névroses secondaires ou symptomatiques.

Le plus beau cas que nous ayons vu, est celui d'un homme de trente-cinq ans présentant une hémiplegie droite flasque avec abolition de toutes les sensibilités mais conservation des réflexes, sans atrophie musculaire aucune, sans aphasie ni perturbation E.E.G. C'était un pensionné de guerre qui pour cette raison avait 100 % d'invalidité après un choc émotif, pendant les hostilités, sans aucun traumatisme vrai.

Le progrès des investigations biologiques, et en particulier électro-encéphalographiques, a restreint ce chapitre jusqu'à le rendre squelettique.

d) LES DÉSÉQUILIBRÉS CARACTÉRIELS, que leurs tendances amORALES et anti-sociales ont fait nommer des pervers, sont relativement assez nombreux dans nos statistiques. C'est presque toujours un acte anti-social qui les a amenés dans le service : vagabondages, agressions, vols, agitations diverses de type médico-légal. Il est extrêmement difficile de faire la part de la névrose acquise et du noyau constitutionnel.

Aussi les avons-nous classés ensemble pour des motifs de commodité clinique. Ce sont d'ailleurs des malades difficiles à garder dans un service hospitalier dont ils perturbent considérablement l'ambiance.

Leur placement et leur reclassement présentent de grandes difficultés, quoique les thérapeutiques neuroleptiques et en particulier la Chlorpromazine nous soient là aussi d'un grand secours.

Pouvant se rattacher à ces dernières affections, le cas particulier de l'ANOREXIE MENTALE mérite qu'on s'y arrête.

Nous en avons traité une dizaine de cas avec des fortunes diverses. Schématiquement, nous en retrouvons deux sortes : les anorexies à dominante psychique, que l'on pourrait appeler les vraies anorexies mentales. Secondaires à des conflits plus ou moins conscients ou profonds, elles ont réagi pratiquement toutes à la triade thérapeutique : neuroleptiques, isolement et psychothérapie.

Par contre, les anorexies à dominante endocrinienne et organique où l'axe diencéphalo-hypophysaire a été fortement perturbé par des causes diverses psychogènes ou somatogènes — très souvent les deux intriquées — sont beaucoup plus rebelles au traitement.

Comme toujours en neuro-psychiatrie, l'anorexie « vraie », purement mentale peut, si on la laisse évoluer, tomber dans le deuxième stade de perturbation endocrinienne et somatique grave. Un état de déséquilibre uniquement psychique peut aboutir aux lésions organiques graves s'apparentant, par le jeu des connexions cortico-diencéphaliques et diencéphalo-hypophysaires, à une pseudo-cachexie de Simmonds.

Nous pouvons citer à l'appui de cette conception :

L'observation d'une jeune fille de vingt-cinq ans dont l'anorexie évoluait depuis très longtemps. D'un milieu d'agriculteurs, elle désirait « aller à la ville » et cette situation conflictuelle par excellence l'avait progressivement amenée à un état de maigreur effrayante. C'est au bout de plusieurs années de lutte et de traitements ambulatoires variés que la famille et le médecin l'amenèrent au centre hospitalier dans un service de médecine. Devant son état de dénutrition et malgré l'absence de dosages hormonaux démonstratifs, le diagnostic de cachexie hypophysaire fut posé et une thérapeutique de la régulation glandulaire décidée. Elle n'amena aucune amélioration, au contraire. En désespoir de cause, elle fut transférée dans le service. Nos efforts n'aboutirent que partiellement car son état général était effroyable : surinfections, pleurésie purulente, œdème de carence... Alors que pris au début cet état névrotique aurait vraisemblablement cédé, elle était devenue une organique parvenue au dernier stade de son évolution.

III. — THÉRAPEUTIQUE

Et c'est ainsi que nous en arrivons à la dernière partie de notre chapitre, *la thérapeutique des névroses*.

Elle s'est considérablement enrichie depuis quelques années.

A la première révolution thérapeutique apportée par FREUD avec l'avènement des psychothérapies, vient de succéder une deuxième révolution d'ordre pharmacologique : la chimiothérapie par les neuroleptiques.

Dans le chapitre des névroses tout particulièrement les deux thérapeutiques, psychothérapie et neuroleptiques, marchent de pair.

Malgré la difficulté existant dans le service actuel sur le plan psychothérapique liée à une multitude de causes matérielles (manque de locaux et abondance de malades, manque d'assistantes en psychothérapie, limitant les investigations psychologiques en profondeur), nous pouvons aider un certain nombre de malades choisis. Grâce au dévouement de la psychothérapeute du dispensaire d'hygiène mentale contigu au service, quelques-uns de nos malades suivent des cures analytiques ou de psychothérapie simple.

De plus, la psychothérapie de groupe nous paraît de grande importance et la création de groupement de malades avec inter-action des uns sur les autres dans le sens d'une re-socialisation est un de nos sujets de préoccupation.

Comme nous l'avons dit, peu de névropathes ont été hospitalisés (10 %) et ceux qui l'ont été ne sont pas restés très longtemps (deux à trois semaines).

Aussi leur psychothérapie reste-t-elle essentiellement ambulatoire et par là même sort du cadre de notre étude.

Nous voulons insister, par contre, sur l'avantage apporté par les nouvelles « cures » neuroleptiques dans le domaine des névroses. Alors qu'auparavant gardénal et dérivés opiacés ou bromurés étaient les seuls remèdes, la Chlorpromazine apporta un progrès extraordinaire, bientôt suivie par d'autres drogues de la même série.

— D'abord employé seul, le *Largactil* eut une action de prédilection sur l'anxiété : dissipant l'angoisse du malade, il permet le contact plus rapide avec le médecin, simplifie le syndrome en cause, multiplie l'effet psychothérapique.

La névrose anxieuse fut donc la première à en bénéficier ; les doses employées ont toujours été les mêmes que celles de DELAY et collaborateurs : 150 à 200 mg. Par son action sur les déséquilibrés caractériels, le *Largactil* fut également étudié et apprécié.

Les affections psycho-somatiques réagirent aussi bien : douleurs variées, prurits, syndromes digestifs.

Mais par contre, certaines névroses restèrent rebelles, ou même s'aggravèrent : les asthénies par exemple, car le *Largactil* a par lui-même un effet secondaire asthéniant, dont beaucoup de malades se plaignent (surtout au début de la cure). L'adjonction d'amphétamine est délicate.

Récemment un produit, l'Heptaminol, a pu donner de bons résultats. Mais ce ne sont que des palliatifs.

Les névroses obsessionnelles furent débarrassées de leur contenu angoissant, mais elles persistèrent, et surtout « l'obsession-impulsion ».

— Les échecs du Largactil stimulèrent les chercheurs, et amenèrent en partie l'avènement du deuxième neuroleptique majeur, la *Réserpine*.

Là où n'a pas réussi le Largactil, c'est-à-dire essentiellement les névroses obsessionnelles, la *Réserpine* nous a donné de bons résultats. Aux doses de 2 à 6 mg par jour, elle a stabilisé et progressivement dissipé certaines névroses dont l'évolution était inquiétante. Son action est relativement lente et il nous a fallu un délai de deux à trois semaines pour arriver à une action sédatrice intéressante.

Une observation entre autre est démonstrative :

Mme P..., quarante-cinq ans, est atteinte d'une névrose obsessionnelle très ancienne (plusieurs années). Elle a peur de faire du mal à ses enfants et à son mari, et la vue des couteaux lui suggère l'idée de s'en servir à cet usage. Plusieurs hospitalisations n'ont apporté que des améliorations moyennes et fugitives.

La convulsivothérapie fut inefficace, la Chlorpromazine abaissa son anxiété mais sans plus. Une intervention neuro-chirurgicale (lobotomie ou topectomie) fut envisagée lorsque la *Réserpine* aux doses de 6 mg par jour amena une sédation progressive au bout de trois semaines. Depuis maintenant six mois, le résultat se maintient avec quelques fluctuations.

La *Réserpine* est toujours administrée à des doses variant entre 1 et 4 mg, l'apparition d'un léger syndrome extra-pyramidal a été stoppée par des anti-parkinsoniens : Diparcol et Artane. Actuellement, la malade a fait de longues sorties d'essai et se réadapte progressivement à son milieu familial. Il persiste quelques idées obsessionnelles, mais vidées de leur contenu affectif à tel point qu'elle en parle sans anxiété, comme de phénomènes extérieurs à elle.

D'autres neuroleptiques mineurs viennent d'apparaître et sont précieux dans les petits états anxieux et dépressifs, par leur effet euphorisant et « déconnectant ». Il s'agit du *N. Oblivon*, de la *Bénactyzine*, de l'*Atarax* et de l'*Equanil*.

Nous les employons plus rarement en milieu hospitalier, sauf en fin de cure neuroleptique, pour relayer Largactil ou *Réserpine*, qui fatiguent davantage les malades.

Enfin, les *associations* nous ont paru très intéressantes, pouvant permettre des doses moindres, comme si les neuroleptiques se potentialisaient entre eux.

D'autre part, le « spectre » des symptômes atteints était ainsi élargi. Certaines névroses anxieuses ou obsessionnelles bénéficient avec fruit des mélanges ainsi conçus. Par exemple :

- Serpasil : 1 à 3 mg par jour ;
- N. Oblivon : 4 comprimés par jour ;
- Largactil : 2 comprimés le soir.

Ce schéma peut être varié à l'infini, suivant des modalités posologiques diverses, le N. Oblivon pouvant être remplacé par Atarax ou Bénactyzine, suivant la réceptivité de chaque malade.

Une autre névrose, la *psychasthénie* et toutes les asthénies d'ailleurs, quelle que soit leur origine, nous a paru bénéficier d'une nouvelle chimiothérapie, qui n'entre pas dans la série neuroleptique, dans ces cas inefficace : le *Mératran*. Par son action, il se rapproche plutôt des amphétamines sans en avoir les inconvénients.

Il nous paraît appelé à rendre de grands services, mais il doit être manié avec prudence. Chez les anxieux et les psychopathes, il nous a semblé contre-indiqué en raison des bouffées d'excitation qu'il est capable de provoquer.

Fait remarquable, un de ses isomères, le *Frenquel*, a une action s'apparentant aux neuroleptiques, mais encore au stade expérimental.

Il est donc frappant, dans le domaine des névroses comme dans toute la psychiatrie, de voir combien la chimiothérapie a fait des progrès en quelques années. Ces progrès continuent et autorisent de grands espoirs.

Cependant ce serait une erreur grave de réduire notre action à l'administration de produits pharmaceutiques, même à action indiscutable, et de minimiser le contact humain entre médecin et malade.

En d'autres termes, la psychothérapie reste toujours, dans ce domaine surtout, un élément indispensable de notre conduite thérapeutique.

LES PSYCHOSES AIGUES

I. — LES TROUBLES DE L'HUMEUR (HYPERTHYMIES)

Depuis plus de dix ans et dans divers ouvrages, Jean DELAY et l'école de Sainte-Anne insistent tout particulièrement sur le rôle du diencephale dans les régulations psychologiques. Placé à un carrefour important, le cerveau moyen et en particulier la zone sous-thalamique se trouve en liaison à la fois avec la corticalité et avec l'hypophyse par des voies d'association formant un véritable complexe neuro-glandulaire. Des corrélations existent à ce niveau entre le système végétatif et le système nerveux cérébro-spinal, réalisant une synergie entre les deux. L'ensemble forme un tout indissociable.

L'expérimentation chez l'animal, la chirurgie cérébrale chez l'homme, les résultats des diverses thérapeutiques de choc : pneumographie, convulsivothérapie, cure de Sakel, permettent de nous faire une idée assez précise des fonctions diencephaliques. Elles servent essentiellement à la régulation des instincts, de l'humeur et de la conscience. « Le rôle de l'écorce est essentiellement intellectuel et le rôle de la base essentiellement affectif. »

Nous entendons par humeur une disposition affective fondamentale donnant à nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable.

Il existe des psychoses que caractérise le dérèglement de l'humeur. « L'une, la psychose maniaco-mélancolique, est une exaltation morbide de l'humeur, une *hyperthymie* euphorique, expansive et versatile pendant l'accès maniaque, douloureuse, inhibitrice et monotone pendant l'accès mélancolique. (1) »

Nous allons donc étudier, en les séparant d'une façon arbitraire : manie, mélancolie, psychose maniaco-dépressive.

(1) J. DELAY, « Etudes de psychologie médicale », 1953.

Les tableaux que présentent les malades sont connus depuis longtemps et leur description en est classique.

a) L'ACCÈS MANIAQUE, généralement brusque, se traduit par une agitation psycho-motrice intense, avec une mimique gestuelle et verbale, empêchant une action ordonnée et régulière. La pensée est mouvante, superficielle et chaotique, il existe une fuite des idées importante qui est un aspect fondamental de la conscience maniaque. Il n'existe pas de désorientation.

L'exaltation de l'humeur se traduit par une grande vivacité et intensité des émotions.

En conclusion, la manie est un niveau de dissolution peu profond dans la hiérarchie des dissolutions possibles.

Plus intéressantes par les discussions qu'elles font naître sont les formes cliniques : fureur maniaque, manies délirantes et hallucinatoires, manies confuses, manies chroniques et hypomanies.

Le diagnostic différentiel est parfois plus difficile, alors que celui de la crise maniaque est évident. Toutes les formes de passage paraissent exister avec les psychoses chroniques.

Également facile est le diagnostic de *mélancolie*, plus difficiles à déceler sont les formes intriquées.

b) L'ACCÈS MÉLANCOLIQUE commence souvent insidieusement. Les symptômes s'installent progressivement pour aboutir sans traitement à la période d'état :

De l'inhibition nous passons à la paralysie psycho-motrice, de la tristesse à la douleur morale, des idées tristes aux délires d'interprétation.

Semblant inertes, mais à la vérité sous l'influence d'une hyperthymie douloureuse, à la merci d'une bouffée anxieuse, repliés mais souvent délirants, ces malades représentent alors, par leurs idées de suicide, de véritables urgences psychiatriques.

Comme nous l'avons déjà dit, à cette description typique s'ajoutent des formes cliniques diverses :

- dépressions mélancoliques réactionnelles à une situation exogène ;
- dépression avec angoisse et anxiété ;
- mélancolie obsessionnelle, hallucinoïde.
- la mélancolie d'involution est la plus discutée. Son âge d'apparition se situe entre quarante et soixante ans. Il semble qu'elle soit à séparer des formes athéro-scléreuses avec affaiblissement intellectuel, formes qui nous paraissent également fréquentes.

En tous les cas, avec ou sans élément sénile ou pré-sénile, la mélancolie dite d'involution entre pour plus d'un tiers dans notre statistique. Nous en retrouvons quelques cas typiques dans le sexe masculin, mais l'énorme majorité de nos cas sont féminins, leur composante endocrinienne est évidente.

c) Enfin les PSYCHOSES PÉRIODIQUES « MANIACO-DÉPRESSIVES » sont plus difficiles à diagnostiquer par manque d'antécédents et par les difficultés considérables que représente la surveillance des malades sortis. Ceux-ci, en effet, lors de leur rechute, ne reviennent pas toujours dans le même service, voir les mêmes médecins, et l'histoire cyclique de la maladie risque parfois de nous échapper.

C'est une des raisons de leur petit nombre dans nos statistiques.

De plus, le cadre nosologique est là aussi un peu flou ; lors d'une rechute d'un état maniaque ou mélancolique, dans quelle mesure sommes-nous en présence d'une psychose cyclique ?

En effet, plusieurs éventualités peuvent classiquement exister :

- début par un accès maniaque, suivi par un accès mélancolique à plus ou moins longue échéance ou le contraire ;
- formes alternées d'émblée ou non, avec une instabilité plus ou moins importante.

L'instabilité de l'humeur de certains malades est telle que des mélancoliques du matin peuvent être maniaques le soir, ou l'inverse. Leurs réactions à l'électro-choc est le reflet de leur instabilité thy-mique, ou si l'on préfère diencéphalique.

Une observation récente le démontre : une maniaque entrée récemment reçut un électro-choc. Le soir même, elle se présentait comme dépressive. Après une nuit, elle se réveillait le lendemain de nouveau hypo-maniaque. Après quelques séances d'électro-chocs et diverses oscillations, elle se fixa dans un état dépressif dont elle sortit progressivement.

Le problème des rechutes de ces malades est donc souvent difficile à résoudre, et en dehors de cas maniaco-dépressifs très précis comme celui que nous avons décrit, nous rangeons dans la catégorie maniaque ou mélancolique, ceux qui nous paraissent avoir une constance dans leur état hyperthymique, ayant fait un seul accès, ou des accès éloignés, toujours d'une même espèce.

L'étude clinique de nos cas rejoint les conclusions de la majorité des auteurs. Nous en tirons les quelques réflexions suivantes :

- 1° Les psychoses hyperthymiques sont beaucoup plus nombreuses chez les femmes que chez les hommes ; environ 4 fois plus.

2° Les hyperthymies féminines représentent environ le quart de nos malades hospitalisées.

L'énorme majorité sont des mélancoliques ; nous retrouvons une maniaque pour 9 mélancoliques environ.

3° Les psychoses maniaco-dépressives sont assez rares, autant qu'on a pu les déceler.

4° La progression des malades hospitalisés pour hyperthymies est numériquement en progrès constant, hommes ou femmes.

Le pourcentage par rapport aux entrées totales reste constant :

— 7 % environ pour les hommes ;

— 28 % environ pour les femmes.

5° Les formes typiques sont assez nombreuses.

La majorité de nos femmes mélancoliques sont anxieuses. Les mélancolies d'involution séniles ou pré-séniles nous ont également paru nombreuses.

Les états dépressifs réactionnels sont chaque année plus fréquents. Ils s'accompagnent souvent de tentatives de suicide (gaz ou barbituriques chez les femmes).

	1952		1953		1954		1955		1956	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Manie	5	3	2	14	2	17	6	7	4	9
Mélancolie	24	52	24	67	29	68	36	95	41	60
Psychose M. Dépressive	1	11	4	6	2	14	3	11	9	18
Total et pourcentage	30 8,8%	66 25%	30 6%	87 28%	33 6,3%	99 28,3%	45 7%	113 28,8%	54 7,5%	87 24,5%

Par contre, les formes maniaques pures, quoique assez nombreuses (hommes et femmes indifféremment), ne nous paraissent pas la grande majorité. Les bouffées excito-confusionnelles, soit toxiques, soit souvent réactionnelles au surmenage ou autres causes psychologiques exogènes sont fréquentes.

Souvent traînantes, elles ne cèdent qu'à une thérapeutique énergique où il ne faut pas craindre d'associer convulsivothérapie, cure neuroleptique et au besoin chocs insuliniqes légers.

Ces formes intermédiaires posent les problèmes les plus intéressants des hyperthymies. Elles peuvent devenir nettement dissociatives mais la plupart du temps sont d'un aussi bon pronostic que les formes typiques.

La notion de durée des accès hyperthymiques, en général, est très controversée et varie suivant les auteurs et leurs méthodes.

Nous tendons de plus en plus, surtout depuis l'avènement des cures neuroleptiques, à garder les malades un minimum de temps. Le minimum nous paraît de quatre à six semaines chez les femmes et de trois à quatre semaines chez les hommes, maniaques ou mélancoliques. Ces chiffres appellent quelques commentaires :

- 1° L'accès maniaque est parfois plus difficilement réductible et dure plus longtemps.
- 2° La différence de délai entre les deux sexes est due peut-être à une plus grande fragilité, et aussi labilité du système nerveux féminin. Mais elle dépend aussi à notre avis de la condition matérielle et sociale de la femme en général. En effet, lorsqu'un homme sort du service, il va se reposer chez lui le plus souvent ; la femme, elle, ne se repose que rarement bien chez elle, prise par les travaux ménagers, les enfants, les conditions matérielles et sociales difficiles. La rechute est donc plus rapide et plus fréquente, surtout dans les états mélancoliques.
- 3° Nous préconisons des sorties aussi précoces que possible si le milieu est favorable. Nous le répétons, c'est souvent le cas pour les hommes, plus rarement hélas, pour les femmes. Une consultation de post-cure est organisée pour revoir ces malades régulièrement, une correspondance avec le médecin traitant est instaurée pour l'aider et le conseiller. Ce dernier accepte volontiers ce système car la psychiatrie est encore peu familière aux médecins praticiens. Elle a « mauvaise réputation » ; l'expression « c'est nerveux » est souvent l'aveu d'une impuissance encore trop souvent admise. Il faut dire à leur décharge, que familles et malades sont souvent difficiles et incompréhensibles. Aller voir le « médecin des fous » devient admis, à la rigueur à la ville, mais conserve son « tabou » dans les milieux ruraux.

Donc à sa sortie, le malade est suivi aussi régulièrement qu'il veut bien l'admettre, et la rechute est évitée parfois. Si elle se produit, l'hospitalisation est suffisamment précoce. La rechute après la troisième semaine de sortie, empiriquement remarquée par beaucoup de psychiatres, nous paraît une réalité, et recommande une certaine méfiance dans ces cas d'hyperthymie. Ensuite, la menace reste toujours suspendue et il faut que le malade ou la famille le sache. Au fur et à mesure que les années passent, les chances de récidives s'estompent. La grande majorité des rechutes se produisent dans les cinq premières années.

Le traitement efficace de ces affections était jusqu'à ces dernières années unique : la convulsivothérapie ou autres méthodes biologiques de chocs. L'avènement des neuroleptiques ouvre de grands espoirs. Ils ne permettent pas encore, à notre avis, de se passer des électrochocs, mais autorisent une importante réduction de leur fréquence et de leur nombre.

Les états maniaques paraissent devoir céder parfois à la seule thérapeutique neuroleptique. Les doses employées depuis le début, en 1953, ont augmenté progressivement au fur et à mesure de l'approfondissement de nos connaissances de l'action de cette drogue révolutionnaire qu'est la Chlorpromazine, et de la révélation de son innocuité quasi totale.

Depuis les premières publications de DELAY et ses collaborateurs en 1952, jusqu'au Colloque sur la Chlorpromazine à Sainte-Anne en 1955 et au petit livre sur la Chlorpromazine de REVOL et divers auteurs lyonnais datant de 1956 (préfacé par H. EY), un chemin considérable a été parcouru.

Pharmacologiquement, la Chlorpromazine paraît agir avec électivité sur les formations réticulées méso-diencephaliques, et elle a, semble-t-il, une action antagoniste de l'activation adrénergique de la substance réticulée (DELL), c'est-à-dire de l'action de tout un groupe de médicaments « hallucinogènes : haschich, ergot de seigle, mescaline, acide D-lysergique. Ces derniers réalisent expérimentalement par leurs effets de « dépersonnalisation » le tableau de la « schizophrénie aiguë » des auteurs anglo-saxons (appelé en France psychose délirante et hallucinatoire aiguë).

Donc, par son action « hallucinolytique », il n'est pas étonnant que la Chlorpromazine agisse dans une foule de cas s'apparentant de près ou de loin à ces syndromes délirants. Les hyperthymies entrent dans ce cadre, réalisant le premier stade et le moins grave de la « dépersonnalisation » ou « dissociation » de la conscience.

Les doses classiquement employées oscillaient autour de 150 à 200 mg suivant les voies d'administration. Nous verrons qu'elles ont augmenté depuis. Dans les cas aigu, 3 injections par jour, matin, midi et soir, sont nécessaires comme médication d'attaque. Nous employons volontiers, surtout le soir pour approfondir le sommeil, le mélange M₁ de Laborit, comprenant Largactil, Dolosal, Phénergan, se potentialisant entre eux (1). Nous avons progressivement diminué les doses de barbiturates (essentiellement amobarbital ou butobarbital)

(1) J. GIBERT, « Thérapeutique neuroplégique et hibernothérapie en psychiatrie », Thèse, Paris, 1953.

pour augmenter celles de Largactil, suivant ainsi l'évolution de la majorité des auteurs, la cure dite « de sommeil » devenant une cure neuroleptique.

Après la phase aiguë de la psychose, pendant laquelle aux injections de Largactil nous ajoutons celles d'Eunoctal ou de Nembutal, nous essayons de passer rapidement à la forme comprimés ou gouttes. Le Largactil est mal supporté en injection par suite de son pH acide. D'abord modeste dans l'administration de nos doses de comprimés (150 mg) nous avons augmenté, et les doses de 300 à 400 mg sont actuellement courantes. Sauf cas exceptionnels, il ne nous a pas paru utile de les dépasser, l'effet thérapeutique étant atteint la plupart du temps à ces doses, et là commençant les effets secondaires désagréables : syndrome extra-pyramidal surtout.

Les symptômes maniaques, sous l'influence du Largactil, s'estompent progressivement en quelques jours. Cependant, dans les crises extrêmement violentes où il faut agir vite pour éviter l'épuisement du malade, quelques séances de convulsivothérapie sont à notre avis nécessaires. Leur nombre varie entre 4 et 6, rarement plus.

La mélancolie paraît être, malgré les neuroleptiques, la dernière indication typique de l'électro-choc. Malgré l'emploi du Largactil, aux doses indiquées ci-dessus, qui dissipe toute l'anxiété réactionnelle, l'élément dépressif lui-même, cet état affectif fait d'insécurité, de tonalité désagréable de la conscience, persiste. Il est peut-être mieux supporté par le malade, moins « perçu » par lui, mais la tristesse subsiste. Quelques séances de convulsivothérapie, en moyenne 6, suffisent à la balayer.

Pour nous résumer, un pourcentage de 28 % de femmes, 7 % d'hommes atteints d'hyperthymie ont été traités dans le service hospitalier étudié durant ces cinq dernières années. Cette psychose peu dissociative répond bien au traitement : essentiellement les neuroleptiques et la convulsivothérapie.

La consultation externe de post-cure est indispensable pour les suivre. La durée totale de l'hospitalisation oscille autour d'un mois, mais la rechute est toujours possible et se produit fréquemment.

Les neuroleptiques à doses d'entretien sont un excellent régulateur de l'humeur pour éviter un nouvel accès soit maniaque, soit mélancolique.

II. — LES DÉLIRES AIGUS

Un bref chapitre doit être consacré aux « délires aigus » qui ont une nette entité nosologique et une place à part parmi les psychoses.

Somatiquement, ils s'apparentent fortement aux encéphalites ou plus exactement aux diencéphalites. Les signes cliniques d'atteinte neuro-végétative sévère : température élevée, déshydratation importante, agitation intense et désordonnée, azotémie à progression rapide, signent l'atteinte de la région du troisième ventricule.

Dans notre conception dynamique d'ensemble des maladies mentales, la dissolution de la personnalité est brusque et semble importante. Longtemps considérée comme une forme de manie aiguë, elle fut isolée par MARCHAND, en 1929, comme un syndrome anatomo-physio-clinique bien défini : *l'encéphalite psychosique aiguë azotémique*.

Selon une hypothèse pathogénique moderne qui semble valable, il s'agit d'une réponse non spécifique et inadaptée des centres nerveux à une agression quelconque. Les lésions retrouvées sont de type dégénératif et inflammatoire.

La description clinique est donc classique. Le début est souvent brutal. Le malade entre d'emblée dans un état sub-confusionnel avec irritabilité caractérielle, idées délirantes polymorphes, excitation maniaque ou activité onirique et hallucinatoire.

La période d'état s'installe en deux ou trois jours avec un délire onirique, une confusion avec sitiophobie qui semble de grande valeur pour le diagnostic.

L'état général est d'emblée très touché. La fièvre est un signe capital, elle est irrégulière, d'origine centrale. L'oligurie est inquiétante, l'azotémie monte rapidement à plusieurs grammes.

L'évolution est souvent rapide vers le collapsus et la mort. Parfois, sous l'influence du traitement, les formes deviennent trainantes et alors peut s'installer un état sub-chronique de confusion mentale grave.

Le pronostic est impossible à porter d'emblée. Les thérapeutiques modernes d'hibernothérapie semble l'améliorer. Cependant les cas étant relativement rares et les hibernations toujours délicates, il est difficile de se faire encore une idée d'ensemble de ce traitement.

Le problème du diagnostic différentiel avec les syndromes excito-confusionnels ou les mélancolies aiguës sévères peut se poser.

Deux cas récents l'illustrent :

Mme T..., quarante-cinq ans, entre dans le service d'urgence, envoyée par son médecin traitant pour un délire polymorphe apparu assez brutalement. Elle présente une agitation extrême, avec opposition, confusion mentale et refus d'alimentation.

Sa température est normale, son urée à 0,60 g, ce qui est normal dans cet état. Mise en cure neuroleptique au Largactil, son agitation se réduit peu, et deux

séances d'électro-chocs sont nécessaires, apportant une certaine sédation, mais sans action sur la confusion et l'opposition.

Au bout de trois jours, la température s'élève autour de 39°, alors que l'azotémie s'est élevée progressivement à 2 g, puis 3,10 g, en dépit d'une hydratation correcte. On note l'existence d'une oligurie, l'état psychique est stationnaire.

La cure neuroleptique est poursuivie, avec hydratation et alimentation parentérale. Diurétiques légers (Chophytol, Scillarène), vitamines, antibiotiques.

La malade se remet progressivement à uriner abondamment et, en cinq jours, son urée redescend à 0,60, sa température se normalise, son agitation décroît ; elle reste confuse, nécessitant quelques électro-chocs supplémentaires, la cure au Largactil étant maintenue.

Cet accès de dix jours, à allure de délire aigu azotémique peut, d'après l'évolution, être étiqueté bouffée excito-confusionnelle.

De même Mme C..., quarante-huit ans, entrée d'urgence pour syndrome mélancolique anxieux avec opposition, mutisme et refus d'alimentation.

Etat sévère dès l'entrée avec 1,60 g d'urée, mauvais état général et déshydratation. Sa température oscille entre 38° et 39°. En trois jours son urée monte à 2,70 g, malgré le traitement : hydratation, antibiotiques, vitamines, Largactil. Puis une certaine sédation apparaît, malgré un très mauvais état général, et l'urée baisse en dix jours jusqu'à 0,41 g. Un syndrome mélancolique persiste, qui sera réduit par quelques électro-chocs.

Ces affections gravissimes sont heureusement assez rares et nos chiffres sont bien en accord avec la majorité des auteurs :

	1952	1953	1954	1955	1956
Hommes	0	4 (2 décès)	0	0	0
Femmes	0	3 (2 décès)	1	0	0

Quelques réflexions peuvent en être tirées :

- 1° Nos chiffres sont donc peu importants : 4 hommes et 4 femmes.
- 2° La mortalité est de moitié : 2 hommes et 2 femmes.
- 3° Le pourcentage sur le nombre total de malades est très faible : 8 pour 4,000 malades, soit 0,2 %.
- 4° Chez les femmes, une forme clinique peut être mise à part, le délire aigu du post-partum, survenant à la suite d'un accouchement souvent normal. Nous en avons 2 cas sur 4, tous deux mortels. Le processus, les symptômes et la gravité sont en tous points semblables à celui du délire aigu habituel.

Enfin le traitement de choix, comme il en découle de l'hypothèse pathogénique, semble bien être l'hibernothérapie.

Sept sur huit de nos cas furent soumis à cette thérapeutique pendant les années 1953 et 1954. Nous n'avions pas encore l'expérience et le recul que nous possédons maintenant.

L'hibernation fut difficile à provoquer, nécessita des doses médicamenteuses plus fortes que pour des malades chirurgicaux. Le réveil enfin fut délicat à fixer, en général après trois à quatre jours d'hibernation. Dans certains cas, ce délai ne nous a pas paru suffisant.

Une de nos malades, un délire aigu du post-partum, mourut en hyperthermie au décours de l'hibernation. Deux autres au moins moururent de cachexie quelques jours ou même quelques semaines après. Un seul fut radicalement guéri de son délire après le traitement. L'état des trois autres nécessita, après leur réveil, quelques séances de convulsivothérapie pour abattre un délire résiduel.

Ces résultats furent publiés en leur temps et étudiés dans deux thèses des Docteurs GIBERT et MORET.

En 1955 et 1956, aucun cas de délire aigu vrai ne fut relevé. Faut-il voir une coïncidence dans ce fait, ou plutôt l'effet d'une généralisation de l'emploi des neuroleptiques et du Largactil en particulier. En effet, tous les cas d'agitation débutante étant aussitôt soumis à la neuroplégie, le déséquilibre diencephalique est souvent atténué ; cette réaction inadaptée à l'agression que paraît être un délire aigu, est freinée, et se transforme en délire subaigu, plus facilement accessible à la thérapeutique habituelle : cure neuroleptique simple non poussée jusqu'à l'hibernation, convulsivothérapie, au besoin.

CHAPITRE III

LES PSYCHOSES SCHIZOPHRENIQUES

La façon particulière de « réagir » et de « construire » son monde « à part » (autistique) du malade atteint de psychose schizophrénique a toujours non seulement intrigué mais presque fasciné — si l'on peut admettre ce terme — les générations de psychiatres et de psychologues.

L'étude historique du problème posé par le comportement très particulier de ces malades aide grandement à éclairer le champ de nos investigations.

Le premier stade fut constitué par la description de la « démence précoce » attribuée à MOREL en France (1860), et à KRAEPELIN (1893) en Allemagne, et sa décomposition en trois grandes formes : hétérophrénique, catatonique et paranoïde. C'était l'époque où régnait la notion des « entités » anatomo-cliniques, des « maladies » mentales.

Par réactions contre ces notions trop étroites, F. BLEULER, de Zurich, expliqua en 1911 dans son livre « Démence précoce ou groupe des schizophrénies », sa conception nouvelle et véritablement géniale du problème. Il disait : « Je nomme la démence précoce schizophrénie parce que, comme j'espère le démontrer, la dissociation des diverses fonctions psychiques est un de ses caractères les plus importants. Pour la commodité, j'emploie le mot au singulier, bien que le groupe comprenne vraisemblablement plusieurs maladies ». Et après lui, une foule d'auteurs insistèrent sur le critère évolutif de la perte progressive du contact avec la réalité.

Mais cette notion d'évolution chronique avait en elle un écueil ; elle s'étendit vite à une foule de psychoses délirantes et amena rapidement un abus dans l'emploi de la qualification de schizophrène.

Aussi, dans un troisième stade, a-t-on assisté à un éclatement du concept de schizophrénie pour aboutir aux différentes théories actuelles.

En France, les auteurs sont restés très attachés à la description de BLEULER, aux notions de dislocation de la personnalité. Ils acceptent sa structure à la fois négative (la dissociation) et positive (le monde autistique).

À l'étranger, et en particulier chez les Anglo-Saxons, le terme de réaction schizophrénique a une signification beaucoup plus vaste, et la « schizophrénie aiguë » des auteurs américains est synonyme chez nous de bouffée délirante et hallucinatoire sans évolution discordante fatale.

Il apparaît donc très difficile de définir la schizophrénie. Le clinicien averti « sent » qu'il est en présence d'un schizophrène. Il s'agit d'une intuition, parfois trompeuse d'ailleurs, basée sur l'indifférence affective, les stéréotypies, les rires immotivés, le sourire « en coin », l'écho de la pensée, etc. Mais une véritable analyse structurale allant jusqu'au fond de l'affection reste infiniment complexe.

La forme typique de la schizophrénie, telle qu'elle reste admise par la majorité des auteurs actuellement, est essentiellement basée sur la discordance. Cette décomposition de l'activité psychique globale a été l'objet d'une foule d'analyses et nous n'y reviendrons pas.

Attaquant les sphères de la pensée, de l'affectivité, du comportement, cette dégradation de la psycho-motricité pose un problème pathogénique troublant. L'analyse du délire schizophrénique le montre comme essentiellement hallucinatoire. Il existe une dépersonnalisation, un dédoublement ou une sensation d'influence. Enfin, il est incohérent et abstrait.

De cette évasion de la réalité, surgit l'autisme. « C'est la forme que prend la vie psychique pour se constituer en système fermé de la personne et de son monde. (1) » Particulièrement étudié par les écoles psychanalytiques, le monde autistique apparaît en partie comme une régression vers des stades primitifs, pré-génitaux.

Après une brève description du noyau du délire schizophrénique, au moins aussi important apparaît l'étude des évolutions de l'affection. C'est une évolution essentiellement orientée vers la chronicité. Mais surtout l'existence de formes larvées ou abortives jette une lumière sur beaucoup d'états que nous avons eu l'occasion d'examiner, et au sujet desquels l'étiquette de schizophrène ou de schizoïde est parfois difficile à poser.

Il nous semble donc qu'il soit possible de proposer une classification clinique :

- 1) Les formes typiques à la période de début (hébéphrénie).

(1) H. Ey in *E.M.C.*

- 2) Les formes typiques à la période d'état, avec leurs rémissions et leurs rechutes.
- 3) Les formes graves, parmi lesquelles il semble y avoir des formes hébéphréniques, catatoniques et paranoïdes (conceptions variant suivant les auteurs).
- 4) Les formes abortives enfin sur lesquelles nous nous proposons de revenir.

L'étude pathogénique nous entraînerait loin. Chaque tendance paraît avoir une part de vérité : psychogéniste ou organiciste. Une certaine hérédité peut exister. Elle n'est ni certaine, ni fatale. Un certain bio-type peut conditionner l'éclosion d'un processus schizophrénique, mais prédisposition somatique et psycho-sociale sont des abstractions fondues l'une dans l'autre.

En somme, il ne semble pas exister de spécificité pathogénique de la schizophrénie. Il se pourrait qu'il existe en chacun de nous un « seuil dissociatif », par comparaison au « seuil convulsivant » étudié par les neuro-physiologistes. Ce seuil serait variable dans le temps et selon les cas, abaissé par une foule de conditions héréditaires, dysgénésiques, congénitales ou acquises pendant la vie et surtout aux premiers âges. Certains sujets résisteraient et, ayant un seuil élevé, ne feraient jamais de schizophrénie, quelque milieu difficile où ils soient ; d'autres sujets, au niveau bas, l'atteindraient vite et sombreraient alors dans la psychose, avec des rémissions qui seraient des « rétablissements » provisoires du seuil.

Cette comparaison pourrait d'ailleurs être poussée plus loin : de même qu'il existe épilepsie idiopathique et symptomatique, il pourrait être décrit une schizophrénie « pure », par opposition à celles que l'on peut voir évoluer après un processus organique telle qu'encéphalite, méningite ou toute autre atteinte de l'encéphale. En bref, le cerveau humain aurait à sa disposition diverses façons pathologiques de réagir à des agressions variées : une façon convulsivante et une façon « dysthymique » dans laquelle on pourrait inclure la forme hyperthymique, et la forme dissociative, beaucoup plus grave.

A noter que cette façon dissociative serait sous la dépendance également du diencephale. J. DELAY, dans sa conception des régulations psychologiques, l'oppose aux hyperthymies — que nous avons décrites — et l'appelle hypothyrie : « La démence précoce ou hébéphrénie est une atonie de l'humeur qui devient froide, neutre, indifférente, avec diminution progressive des instincts, des émotions, des affections réalisant l'hypothyrie ».

L'étude de nos cas personnels nous a conduit aux chiffres suivants :

SCHIZOPHRENIE

HOMMES	1952	1953	1954	1955	1956
Rémission sociale	12	14	17	21	26
Internement	8	1	4	4	4
Rechute dans l'année	1	3	2	5	1
Décès	1	0	0	0	0
Total et pourcentage	22 6,5 %	18 3,6 %	23 4,4 %	30 4,7 %	31 4,3 %

FEMMES	1952	1953	1954	1955	1956
Rémission sociale	10	12	11	30	23
Internement	4	1	5	1	1
Rechute dans l'année	1	1	2	2	2
Décès	0	0	0	0	0
Total et pourcentage	15 5,6 %	14 4,5 %	18 5,1 %	33 8,4 %	26 6,4 %

Quelques conclusions peuvent en être tirées :

- 1° Comme pour les autres psychoses, le nombre absolu de schizophrénies est en augmentation chaque année ; leur pourcentage par rapport au total des malades de chaque année est également en augmentation :
 - chez les femmes, passant de 5,6 % à 6,4 % et 8,4 % ;
 - chez les hommes, par contre, il est stationnaire et même en faible baisse : de 6,5 % à 4,3 %.
- 2° Le pourcentage des rémissions sociales, par rapport aux internements, c'est-à-dire aux formes graves, est important : pour le chiffre global de schizophrènes (192), il est chez les hommes de

72 % et chez les femmes de 81 %. Il nous reste donc, à peu près, les 20 à 30 % de formes démentielles signalées dans les statistiques de H. Ey (*E.M.C.*).

- 3° Le nombre de rechutes dans l'année est faible. Mais il augmente rapidement d'année en année ; il est alors difficile de les chiffrer sans erreur, les malades n'étant pas toujours soignés dans les mêmes hôpitaux et cliniques, et le fichier d'observation étant difficile à tenir à jour.
- 4° L'âge de nos malades oscille entre seize et trente-cinq ans. Au-dessus de cet âge, la schizophrénie est rare et le diagnostic nous semble sujet à caution.
- 5° Parmi les formes observées dont l'évolution fut favorable, nous notons les formes hébéphréniques et les schizophrénies abortives. Ces dernières semblent de plus en plus fréquentes. Les malades amorcent une réaction schizophrénique nette mais qu'ils compensent plus ou moins vite et bien, soit sous l'influence du traitement, soit parfois d'eux-mêmes. Ils peuvent ainsi assurer un certain rôle social tenu tant bien que mal. Cette situation se rencontre plus fréquemment dans les milieux ruraux. Le milieu citadin est beaucoup moins tolérant pour ce genre de malades qui évoluent alors rapidement. Leurs bizarreries attirent également davantage l'attention à la ville qu'à la campagne.
- 6° Une forme clinique particulière nous paraît intéressante et assez fréquente. Il s'agit des processus dissociatifs chez les oligophrènes. Les opinions divergent à ce sujet. Les cas rencontrés dans le service semblent bien entrer dans le cadre des schizophrénies, et le déficit rencontré s'intrique avec le déficit intellectuel antérieur. Les manifestations délirantes ont surtout une prédominance affective. Le repliement est important, facilité semble-t-il par la déficience intellectuelle antérieure.
- 7° La durée du séjour de nos malades oscille entre deux et trois mois. Elle est fonction de la réaction plus ou moins favorable au traitement. C'est ce dernier point que nous allons aborder maintenant.

La cure de Sakel reste bien la base du traitement de ces malades. Elle a été entreprise dans tous les cas avec des modalités diverses, soit seule, soit associée aux chocs cardiazoliques ou électriques. Mais ces derniers n'ont qu'un effet de mordançage de la cure d'insuline.

Sur le plan thérapeutique comme sur le plan clinique, la distinction entre les formes « abortives » que l'on nomme également « psy-

choses schizophréniformes » et les schizophrénies typiques nous semblent primordiales.

Dans les formes du début, à peine délirantes, dans les dissociations frustes où « l'univers autistique » est peu développé, dans les réactions schizophréniques bâtarde, la cure de Sakel nous a donné des résultats pratiquement constants et des rémissions durables pouvant s'apparenter aux guérisons. Les doses d'insuline oscillent alors autour de 100 unités, et le coma hypoglycémique n'est pas obligatoirement recherché. Les chocs insuliniques sont répétés 5 fois par semaine, jusqu'à concurrence de 30 à 40.

Nous employons actuellement presque systématiquement l'association insuline « amorphe » (non purifiée) mélangée à une ou deux ampoules de hyaluronidase. Les doses ainsi employées peuvent être diminuées, tout en obtenant une action hypoglycémiant satisfaisante.

Dans les formes hétérophréniques graves, la cure est menée plus longuement — jusqu'à 60 comas — et nous atteignons 200 unités d'insuline, mais sans jamais les dépasser.

Très peu d'accidents sont survenus, aucun ne fut mortel : un abcès du poumon, en cinq ans, qui fut rapidement guéri par les antibiotiques. Le coma prolongé, résultant d'un œdème cérébral important et persistant, fut noté environ deux ou trois fois chaque année, lorsqu'il prit des proportions graves. La description est malheureusement bien connue : au « sucage », le malade ne se réveille pas, le coma continue, avec crises convulsives, agitation diencéphalique désordonnée, phases vultueuses alternant avec épisode de collapsus. Un début d'hibernothérapie au Largactil, avec perfusion continue de sérum glucosé hypertonique, jusqu'à ce que le malade retrouve le calme et la régulation de ses fonctions végétatives, nous a donné d'excellents résultats dans tous les cas, même les plus graves, qui se terminaient parfois avant ce traitement par la mort dans l'hyperthermie.

Nous ne nous attarderons donc pas sur notre pratique de la cure de Sakel, qui rejoint l'expérience commune.

Dans certaines formes, à dominante endocrinienne, lorsque le malade n'a pas encore trop évolué dans son délire autistique, la pneumo-encéphalographie nous a donné des résultats intéressants.

L'observation de Mlle M..., mécanographe, jeune fille de vingt-cinq ans, hyperfolliculaire certaine, est très démonstrative.

En deux ans, elle constitua une schizophrénie nette avec discordance, agitation désordonnée, comportement délirant. Traitée à deux reprises par cure de Sakel et convulsivothérapie, son état, en dehors de rémissions passagères, évoluait vers la chronicité.

A la suite de deux insufflations ventriculaires d'air par voie lombaire, elle présenta une amélioration rapide et spectaculaire qui se maintient encore avec un recul de cinq ans. Elle a repris son travail depuis longtemps et s'est de nouveau parfaitement insérée dans son milieu. Elle présente, par contre, une obésité endocrinienne importante et pèse 90 kg.

Ce cas illustre la relation entre le psychisme et les glandes endocrines, particulièrement étudiée par divers auteurs, dont DELAY, BARUK, ABELY, démontrant l'atteinte diencephalo-hypophysaire existant dans la schizophrénie. Il est certain que souvent les malades traités présentent une obésité, liée sans doute à l'insulinothérapie, mais semblant seulement se retrouver chez un certain type de malades. D'autres, en effet, resteront toujours maigres et longilignes malgré 60 comas hypoglycémiques. Nous constatons ces faits sans encore pouvoir en tirer de conclusions.

Enfin, nouvelles venues dans notre arsenal thérapeutique, les cures neuroleptiques paraissent vouloir prendre une place de choix dans le traitement et surtout la stabilisation du syndrome schizophrénique.

Nous n'avons jusqu'à présent jamais pu « guérir » un schizophrène par une cure de Chlorpromazine et de Réserpine seule. Par contre, pratiquées concurremment ou après les thérapeutiques déjà décrites, et en particulier les cures de Sakel, elles apportent une rémission plus rapide et surtout plus durable.

Nous employons des doses faibles ou moyennes, de 150 à 400 mg environ de Chlorpromazine, de 3 à 9 mg de Réserpine, suivant la progression du sujet dans la récupération sociale. Le sujet ne doit pas être gêné, en effet, dans son activité par la somnolence engendrée par les deux neuroleptiques majeurs. La psychothérapie et la réinsertion dans un milieu de vie, ces précautions prises, sont grandement facilitées. L'administration de ces médicaments est continuée longtemps, certains de nos malades en prennent depuis un an et plus. Un recul de plus de trois ans existe maintenant depuis l'avènement des médications neuroleptiques.

Cependant, dans le domaine particulier de la schizophrénie, ce délai est encore un peu court pour tirer des conclusions définitives.

Nous ne parlerons que peu des thérapeutiques « occupationnelles », le service n'étant pas équipé dans ce sens, de par sa distinction même.

Notre tendance actuelle — et elle n'ira qu'en s'amplifiant — est de remettre très vite le malade en « circulation », à condition de le revoir souvent à notre consultation dite des « anciens malades ». A notre avis, si le malade est suffisamment amélioré, et si un milieu

de vie pas trop traumatisant peut lui être trouvé, l'essai de réadaptation sociale doit être immédiatement tenté. C'est malheureusement la partie la plus difficile du traitement, et celle pour laquelle le médecin est le moins bien outillé : manque de personnel pour organiser les consultations externes, pas de secrétaires médicales pour suivre les dossiers, pas d'assistantes sociales pour enquêter sur place et voir les malades dans leur milieu. Et pourtant, à côté de l'hygiène mentale préventive, cette hygiène mentale de post-cure est essentielle. Lorsqu'elle sera enfin comprise des services publics, ceux-ci pourront faire l'économie de milliers de journées d'hospitalisation.

Le pronostic de la schizophrénie reste donc lié à la réinsertion sociale. Pour beaucoup de raisons, dont nous avons exposé les plus importantes, cette réadaptation est difficile. Par la nature même de cette affection, la tendance à la chronicité s'installe parfois malgré tous les efforts du thérapeute.

Nous rejoignons les auteurs dans leur pronostic réservé et les statistiques qu'ils fournissent : 70 % des schizophrénies évoluent vers un déficit simple ou un état démentiel (environ 20 % de démence et 50 % de déficit) (1).

(1) H. Ey in *E.M.C.*

LE GROUPE DES "DELIRES CHRONIQUES"

Si nous dissociions ce groupe des « délires chroniques » des syndromes schizophréniques, c'est que nous pensons, comme toute l'école française, et par opposition aux écoles étrangères, qu'il a une personnalité propre et qu'il se distingue de la réaction schizophrénique telle que nous l'avons définie au chapitre précédent.

Comme H. Ey, à qui nous empruntons son titre, nous pensons que la classification de ces états délirants est à la fois simple et complexe. Il faudrait nous débarrasser d'un certain nombre d'expressions qui, pour avoir été trop employées dans des sens différents, nous cachent la réalité.

Alors que le délire schizophrénique est essentiellement dissociatif, disséquant la personnalité, constituant un monde autistique impénétrable, ce groupe des délires chroniques est caractérisé par une absence de dissociation, et par une structure positive, faite de « travail délirant » qui augmente le délire par le délire (J.-P. FARET). Ces cas ne sont pas essentiellement différents des psychoses schizophréniques, puisqu'on peut tous les faire entrer dans le groupe des maladies délirantes. Mais la structure du délire chronique nous paraît, comme à de multiples auteurs, être divisé en deux parties distinctes :

1) La dissociation que l'on retrouve dans les schizophrénies, essentiellement chez des adultes jeunes.

2) La mise en train et le développement d'un travail délirant. Nous en avons retrouvé un nombre assez important dans le service hospitalier étudié.

Les deux sous-groupes définis d'après l'analyse structurale des délires, nous ont paru également satisfaisants pour regrouper nos cas :

- a) *Les délires fantastiques* (paraphrénie), caractérisés par une énorme production de formes fantastiques.
- b) *Les délires systématisés* (paranoïa), caractérisés par la formation d'une fiction systématique et logique.

Les auteurs classiques, étudiant les symptômes principaux, avaient déjà distingué plusieurs formes de délires selon leur mécanisme d'édification. C'est là que nous retrouvons successivement :

- les délires d'imagination de DUPRÉ (1910);
- les psychoses hallucinatoires chroniques de Gilbert BALLET (1912);
- les délires d'interprétation de SÉRIEUX et CAPGRAS ;
- les délires passionnels de G. DE CLÉREMBAULT (1921).

Ce dernier clinicien décrit avec une minutie remarquable une foule de symptômes, dont « l'automatisme mental » et « l'érotomanie pure » resteront classiques. Tout a été dit sur tous ces thèmes délirants, et notre intention n'est pas d'y revenir. Nous préférons distinguer d'après la structure du délire : le délirant fantastique et le délirant systématique.

Dans le premier groupe, nous trouvons ce qu'avec KRAEPELIN nous appellerons paraphrénies et qu'il a isolé des démences précoces en 1912. « Il existe, dit-il, des cas où ce ne sont pas les troubles de l'affectivité ou de la volonté qui prédominent, ce sont les constructions délirantes ; l'affaiblissement affectif est peu marqué jusqu'aux phases extrêmes de l'évolution. »

Cependant il convient de noter que beaucoup d'auteurs étrangers confondent ces formes avec des schizophrénies ayant évolué. L'univers fantastique qui les caractérise les incite à une telle union.

Le deuxième groupe, ou des paranoïas, est plus tranché. La construction de la personnalité délirante est systématique, logique. Elle peut être hallucinatoire. Cette construction est souvent remarquable, et là encore une place très limitée, sinon inexistante, est laissée pour un déficit affectif. Aucune dissociation n'est retrouvée, et là, nous semble exister la pierre de touche de la séparation de ces deux « maladies délirantes » : groupe schizophrénique et groupe des délires chroniques.

* *

Nos statistiques peuvent aider à mieux comprendre la distinction clinique qu'il convient de faire. Nous sommes d'emblée frappés par la gravité de ces délires et leur difficulté d'adaptation sociale ; les rémissions sont assez rares et les internements malheureusement nombreux.

Nous pouvons tirer de ce tableau les conclusions suivantes :

- 1^o Le groupe des délires chroniques est beaucoup plus important chez les femmes que chez les hommes, aussi bien en nombre absolu — le double — qu'en pourcentage : 8 % contre 3 % environ.

DELIRES CHRONIQUES

HOMMES	1952	1953	1954	1955	1956
Rémission sociale	9	6	8	12	7
Internement	3	1	5	2	4
Rechute dans l'année	2	3	2	0	3
Passage en hospice	1	1	0	0	1
Décès	0	0	1	0	0
Total et pourcentage	15 4,4 %	11 2,2 %	16 3,1 %	14 2,1 %	15 2 %

FEMMES	1952	1953	1954	1955	1956
Rémission sociale	17	15	17	13	12
Internement	20	3	19	12	6
Rechute dans l'année	1	0	2	6	4
Passage en hospice	0	0	3	1	1
Décès	1	2	0	0	0
Total et pourcentage	38 14,3 %	20 6,4 %	41 11,7 %	32 8,1 %	23 6,4 %

- 2^o Leur nombre dans le service des hommes est plutôt en régression de 4,4 % en 1952, il passe en 1956 à 2 %. Ceci s'explique par le mouvement des malades de plus en plus rapide qui existe dans le service, qui reçoit de plus en plus de malades aigus, alors que les psychoses chroniques restent constantes (15 en 1952, 15 en 1955).
- 3^o L'analyse des chiffres du service des femmes est plus complexe. En 1952, existait un certain nombre de psychoses délirantes chroniques (14 %) hospitalisées dans le service depuis un certain temps. Pour faire place aux malades aiguës de plus en plus nombreuses, un transfert important (20) à l'hôpital psychiatrique fut nécessaire. De ce fait, leur pourcentage tombe, en 1953, à 6 %. Puis de nouveau, un certain afflux progressif se fait, par « sédi-

mentation », pourrait-on dire. Alors que les malades atteintes de psychoses aiguës ou même schizophréniques sortent rapidement, les autres restent et s'accumulent. Nous en retrouvons 11,7 % en 1954. De nouveau, leur transfert à l'hôpital psychiatrique est nécessaire (19) et leur pourcentage tombe à 8 % en 1955.

- 4° Le pourcentage des rémissions sociales est un des plus faibles de toutes les catégories d'affections psychiques étudiées : 57 % et 29 %. Il est particulièrement faible chez les femmes. Là encore, nous pouvons constater la plus grande difficulté d'adaptation sociale existant parmi elles. C'est un phénomène constant que nous retrouvons tout au long de notre étude. La durée d'hospitalisation est toujours longue : plusieurs mois. Cependant ces notions pourront sans doute être revisées grâce aux cures neuroleptiques. Nous y reviendrons plus loin.
- 5° Nous n'avons pas cherché à séparer les paraphrénies des délires paranoïaques, car les difficultés d'établir un diagnostic précis sont parfois trop grandes. Leur séparation d'avec les schizophrénies nous a semblé suffisante et d'une plus grande importance.

Le traitement de ces délires chroniques s'apparente souvent à celui de la schizophrénie et nous n'y reviendrons pas.

La cure de Sakel doit, à notre avis, être menée avec prudence, à cause d'un âge moyen certainement plus avancé que dans le groupe des atteintes dissociatives pures. Les résultats sont, semble-t-il, plus inconstants, et les rémissions nettement moins nombreuses.

Par contre, les cures neuroleptiques, nouvelles venues, nous paraissent avoir une action très nette, surtout dans les délires paranoïaques. Des observations avec un an de recul sont à apporter à l'appui de cette affirmation.

Mme L..., cinquante ans, a progressivement en quelques années constitué un délire de jalousie systématisé contre son mari. Lorsque nous sommes alertés, elle l'accuse de la tromper avec une voisine, les a surpris ensemble, imagine des détails précis qu'elle n'a pas vus, mais dont elle affirme l'existence avec véhémence. Elle les guette sans qu'ils s'en doutent depuis des mois. Elle ne vit que pour cela, fait scène sur scène à son époux, pour qui la vie devient intenable.

Il existe chez elle une conviction délirante absolue, un délire logique qui semble irréfutable. Si nous n'avions pas la certitude, par le médecin traitant, de l'inexistence des faits reprochés au mari, nous pourrions nous y tromper.

La malade, hospitalisée après plusieurs semaines de persuasion, est mise en cure neuroleptique au Largactil, d'abord injectable (150 mg), puis en comprimés (200 mg). Au bout d'une dizaine de jours, alors que notre pronostic avait été réservé, nous assistons à une dissolution progressive de sa conviction délirante, et une reprise de l'auto-critique. L'intéressée déclare avoir été ridicule de penser

de telles choses au sujet de son mari, et à sa première visite, au bout de quinze jours d'hospitalisation, le trouve changé : « Son sourire n'est plus le même ; il n'est plus gêné, et j'ai l'impression qu'il ne me cache plus rien ».

Le traitement d'entretien se situe autour de 150 mg de Largactil par jour. La malade sort au bout de six semaines et la disparition de ses idées délirantes est complète. Une réadaptation progressive est tentée dans son milieu familial. Au bout de trois mois environ, elle essaye de supprimer la Chlorpromazine. Dans les jours qui suivent, ses idées délirantes reprennent, avec une certaine anxiété, et de nouveau la conviction qu'elle est trompée. Elle vient nous trouver et nous l'engageons fortement à reprendre la médication aux mêmes doses. Depuis un an maintenant, elle va parfaitement bien, et elle est de nouveau une épouse parfaite.

Nous avons choisi cette observation car elle est typique, mais nous en possédons beaucoup d'autres semblables, avec des résultats parfois moins éclatants, mais toujours positifs. Une condition est essentielle, la poursuite indéfinie du traitement.

Toutefois, l'importance de la psychothérapie ne doit pas être minimisée ; mais elle est considérablement facilitée dans tous les cas.

Aussi le pronostic fâcheux porté jusqu'à ces derniers temps dans ces psychoses chroniques, pourra progressivement être révisé, et la chimiothérapie aura, dans ce domaine également, remporté une victoire que l'on ne pouvait espérer il y a seulement dix ans.

CHAPITRE V

LES ARRIERATIONS MENTALES

Ce groupe de psychoses chroniques fut connu de tous temps, et, encore de nos jours, chaque village cite son « Innocent », objet de commisération ou de moquerie, suivant l'humeur ou le caractère de ses concitoyens.

Que cache ce terme d'arriération mentale ?

D'abord défini empiriquement, nous devons à BINET et SIMON, en 1905, une technique psychométrique de tests de niveaux intellectuels aboutissant à la notion d'âge mental.

Le quotient intellectuel est le rapport âge mental/âge réel qui serait égal à 1 chez l'individu normal.

Pour différents auteurs, allant de Terman et Zazzo à Lagache, l'idiotie répondrait à un Q.I. de 0 à 20 ou 25, l'imbécillité s'étendant entre 25 et 40-50, la débilité mentale commençant alors pour aller jusqu'à 80 environ.

Ces notions mathématiques demandent à être assouplies par la clinique.

L'étiologie des arriérations a toujours troublé l'opinion publique et provoqué controverses et hypothèses contradictoires chez les médecins et les biologistes. L'influence de l'hérédité, opposée à celle du milieu, fut un des principaux sujets de discussions.

Nous connaissons des cas de transmissions héréditaires indiscutables : la sclérose tubéreuse de Bourneville par exemple, dont un cas fut hospitalisé dans le service et l'objet d'une étude (1). Plus récemment, la découverte de l'oligophrénie phénylpyruvique vint enrichir d'une entité ce groupe de maladies. Mais elles nous paraissent une infime minorité.

(1) Docteur BILLY, *Thèse*, 1956.

D'autres facteurs interviennent, plus importants : perturbations de la vie fœtale *in utero* (la syphilis nous a paru avoir actuellement une incidence assez faible dans nos cas).

Parmi les intoxications, l'alcoolisme revêt une importance primordiale et il est l'objet de nombreux travaux.

Les traumatismes obstétricaux enfin, ont une incidence certaine, comme les affections de la première et de la seconde enfance : « convulsions », encéphalopathies diverses, et nouvelles venues, les premières méningites tuberculeuses traitées et « guéries ».

Très difficile à dissocier des autres facteurs est l'influence du milieu ; il nous paraît impossible de conclure à une prépondérance de ce dernier par rapport aux autres facteurs.

Les malades hospitalisés dans le service étaient pratiquement tous des adultes, ce qui restreint déjà beaucoup le champ de nos investigations.

C'étaient, dans la majorité des cas, des débiles mentaux plus ou moins profonds, dont l'adaptation sociale était réduite, et d'ailleurs conditionnée par un milieu plus ou moins compréhensif. Une certaine proportion était des alcooliques et descendants d'alcooliques, mais il nous a été impossible de la chiffrer avec certitude, par suite des difficultés d'enquête sociale.

Enfin, une grande partie de ces oligophrénies découvertes chez des adultes nous a paru avoir un support organique : l'atrophie cérébrale objectivée par l'encéphalographie. Cette atrophie se retrouve d'une façon constante : soit corticale, soit ventriculaire, soit globale et diffuse. Elle a fait d'ailleurs l'objet d'études, en particulier par J. DELAY et collaborateurs en 1947, reprise ensuite un peu partout.

L'étude de nos cas conduit à des conclusions semblables à celles de ces auteurs. Cette notion d'atrophie est actuellement en plein essor, grâce aux progrès des techniques d'exploration et à leur innocuité.

- 1° Les chiffres fournis par l'étude de notre service montrent la très faible proportion d'arriérés mentaux par rapport au total de la population hospitalière : 75 sur 4.000, soit 1,5 % chez les hommes et 1,9 % chez les femmes.
- 2° Leur réadaptation sociale fut évidemment difficile. Elle se chiffre par un pourcentage de 54 % chez les hommes et de 60 % chez les femmes. Les autres furent, soit transférés à l'hospice, soit à l'hôpital psychiatrique, suivant leur degré d'atteinte intellectuelle et caractérielle.
- 3° Nous avons noté un nombre important de malades venant des milieux ruraux. Nous n'en concluons pas que les campagnes four-

nissent plus d'arriérés que les villes, mais que ceux-ci sont dépistés plus tardivement à la campagne, où ils sont « tolérés » plus longtemps. En ville, l'assistance et la sauvegarde de l'enfance, les instituteurs, les parents eux-mêmes, ont davantage de facilités pour dépister les débiles dès l'âge scolaire, ou même pré-scolaire, et les orienter vers des instituts spécialisés.

ARRIÉRATIONS MENTALES

HOMMES	1952	1953	1954	1955	1956
Réadaptation sociale	4	6	5	3	5
Internement	0	2	2	7	2
Passage en hospice	4	0	1	0	1
Total	8	8	8	10	8

FEMMES	1952	1953	1954	1955	1956
Réadaptation sociale	2	6	2	4	6
Internement	0	0	0	3	1
Passage en hospice	0	0	4	2	3
Total	2	6	6	9	10

Enfin, nous ne dirons qu'un mot du traitement :

A l'âge où nous avons vu les malades, il convient surtout de combattre leur déchéance physique, et très souvent leur misère physiologique, puis de leur chercher un placement en rapport avec leurs facultés de réadaptation.

Lorsqu'ils sont vus dans leur plus jeune âge (et c'est alors le rôle de la consultation d'hygiène mentale) en plus d'un traitement médicamenteux, il faut les orienter vers les classes de perfectionnement pour les débiles légers, les institutions médico-pédagogiques pour les débiles moyens et profonds.

Le Centre de Clermont-Ferrand compte deux établissements de ce genre : une école départementale de rééducation pour sourds-muets et débiles moyens (Les Gravouses, 200 pensionnaires environ) et un institut médico-pédagogique (Sœurs du Bon-Pasteur) s'occupant de 100 petites filles débiles de 0,50 à 0,75 de Q.I.

Il convient de citer également un institut s'occupant des « irrécupérables ».

On peut donc dire que l'agglomération clermontoise est assez bien pourvue d'établissements adaptés aux diverses formes d'arriération mentale, car ceux-ci sont encore malheureusement rares en France.

Nous aurions voulu dire un mot de la réadaptation psycho-motrice telle qu'elle est pratiquée à l'Institut médico-pédagogique du « Bon-Pasteur » dont nous nous occupons particulièrement grâce à l'obligeance de M. le Docteur JALENQUES : elle est basée sur la notion de rythme rééducatif (STEINER, MONTESSORI).

Mais une telle étude sortirait du cadre de cette thèse.

CHAPITRE VI

LES TROUBLES MENTAUX SYMPTOMATIQUES

Dans ce vaste chapitre des troubles mentaux symptomatiques, nous voudrions faire entrer toutes les perturbations du psychisme qui découlent :

- 1° Des affections locales de l'encéphale : tumeurs et traumatismes cérébraux, encéphalopathies diverses et surtout l'immense domaine des atrophies cérébrales.
- 2° Des affections générales de l'organisme : dans ce cadre, peuvent entrer les infections et la syphilis en particulier, qui n'a pas encore complètement disparue quoiqu'on en dise. Les syndromes neuro-anémiques, avec leur retentissement psychique, sortent parfois du cadre de la neurologie pure. Dans les intoxications, nous parlerons dans un chapitre à part, en raison de son importance, de l'alcoolisme.

Nous insistons une fois de plus sur le fait que nous n'opposons pas organique et fonctionnel en ouvrant ce chapitre, mais que nous indiquons simplement la nature grossièrement lésionnelle de certains troubles psychiques.

I. — LES TROUBLES MENTAUX SYMPTOMATIQUES D'AFFECTIONS CÉRÉBRALES

Au fur et à mesure que se perfectionnent les techniques d'exploration cérébrale, l'électro-encéphalographie et la neuro-chirurgie, toute une série d'affections cérébrales distinctes ont pu être décrites, et un progrès important a été fait dans la compréhension dynamique des grandes affections cérébrales.

1) LES TROUBLES MENTAUX AU COURS DES TUMEURS CÉRÉBRALES

Commencent aujourd'hui à être mieux connus. C'est un des domaines communs de la neurologie, de la psychiatrie et de la neurochirurgie.

La séméiologie des tumeurs cérébrales est dominée par l'existence ou l'absence d'hypertension intra-crânienne. Les troubles psychiques que donne cette dernière peuvent aller du ralentissement intellectuel à la confusion mentale. Mais la souffrance cérébrale diffuse peut donner des syndromes cliniques divers, et, céphalées, vomissements et stase papillaire orientent souvent le diagnostic.

Plus intéressants, à notre avis, sont les troubles mentaux liés à une localisation anatomique des tumeurs ; nous envisagerons rapidement trois parties : les lobes, la base, la fosse postérieure.

a) LES TUMEURS HÉMISPHÉRIQUES

— *D'abord frontales.* Les troubles de l'humeur et du caractère sont souvent caractéristiques. Exaltation du tonus affectif, décharges émotives existent sur un fond d'euphorie. Parfois, apathie et aboulie sont nuancées d'érotisme.

Il existe une tendance à la puérité, au désir de faire des farces, de plaisanter. C'est la « moria ». On note assez fréquemment une inaffectivité totale, allant jusqu'à la perversion instinctive.

Les troubles amnésiques sont importants. Il y a perte des fonctions supérieures de la synthèse mentale. Poussé à l'extrême, c'est le syndrome confusionnel avec état démentiel (KORSAKOW).

Les troubles des tumeurs frontales ont fait l'objet d'un rapport au dernier *Congrès des Médecins Aliénistes*, à Bordeaux, en septembre 1956.

Quelques auteurs ont insisté sur la valeur de certains signes psychiques pour élaborer un diagnostic précoce de ces tumeurs.

— *Les tumeurs calleuses* donnent souvent une symptomatologie proche de celle du lobe frontal. On note une participation démentielle parfois plus profonde, des troubles des sphincters, allant jusqu'à la démence pseudo-bulbaire.

— *Dans les tumeurs temporales*, une riche symptomatologie est décrite, liée à la complexité des structures du carrefour temporo-pariéto-occipital.

Un sentiment d'inquiétude, un vague malaise pourraient servir de mode de début. Et rapidement apparaissent des troubles mentaux

paroxystiques que l'on décrit également dans la symptomatologie de l'épilepsie dite « temporale ». Les hallucinations visuelles, colorées, complexes sont plus fréquentes que les hallucinations auditives, élémentaires ou verbales et musicales. Les hallucinations olfactives et gustatives sont classiquement liées à l'atteinte du *gyrus uncinatus*.

Les modifications paroxystiques de la conscience sont très caractéristiques : c'est le « dreamy state » de JACKSON qui en est le type. Il se traduit par un sentiment d'étrangeté, de déjà vu, avec hallucinations. Cette sensation pose une énigme à celui qui la subit.

Enfin peuvent exister des automatismes psycho-moteurs simples (école E.E.G. de GIBBS et PENFIELD).

L'existence de l'aphasie temporale, les troubles du schéma corporel sont des signes neurologiques qui peuvent être pris pour une confusion mentale.

— *Les tumeurs occipitales* peuvent également donner des hallucinations visuelles, des troubles mnésiques et du caractère.

b) LES TUMEURS DE LA BASE DU CERVEAU

Posent également des problèmes psychiatriques : modifications confusionnelles, troubles de la conscience. L'hallucinoze pédonculaire est classique mais rare. Ces états de conscience sont souvent proches de l'onirisme et des images hypnagogiques.

— *Les tumeurs thalamiques* donnent un affaiblissement intellectuel progressif et rapide jusqu'à la démence. Leur évolutivité peut simuler un syndrome démentiel aigu et le diagnostic ne sera pas posé.

Il est à noter que les troubles de la sphère thymique sont rarement au premier plan ; cependant, certains sujets auraient au début un caractère changeant.

c) LES TUMEURS DE LA FOSSE POSTÉRIEURE

L'existence d'une hypertension intra-crânienne rend difficile à apprécier les troubles mentaux propres à la localisation tumorale.

En conclusion, l'étude séméiologique des tumeurs orientée dans un sens psychiatrique et psycho-pathologique, est très intéressante, car elle nous apporte des notions nouvelles sur les grandes fonctions cérébrales supérieures. Elle demande à être menée avec un grand soin par une équipe comprenant des neurologues, des psychiatres, des neuro-chirurgiens et des neuro-physiologistes, réalisant ainsi une synthèse des observations de leurs disciplines propres.

Nos cas sont peu nombreux et n'ont pu être étudiés à fond. Aussi nous nous contenterons de les énumérer. Il convient de dire qu'en 1952, n'existait pas encore dans le centre étudié, des disciplines neuro-chirurgicales et électro-encéphalographiques.

	1952	1953	1954	1955	1956
HOMMES	1	8	5	2	2
FEMMES	1	0	1	4	1

Quelques remarques peuvent être faites :

- 1^o Ces malades relèvent de la neuro-chirurgie. Aussi ne sont-ils que rarement adressés dans un service de neuro-psychiatrie. Ceux que nous avons dénombrés étaient envoyés pour troubles psychiques dominants, et le diagnostic de tumeur cérébrale n'a été fait que postérieurement à leur arrivée dans le service. Ils ont été alors transférés en service de neuro-chirurgie.
- 2^o Le petit nombre de nos cas (25) s'explique donc par le fait que le service que nous étudions a toujours une orientation plus psychiatrique que neurologique, à notre corps défendant.

Ce problème sera abordé dans notre dernier chapitre consacré à la neurologie.

2) LES TROUBLES MENTAUX DUS AUX TRAUMATISMES CRANIENS

Les travaux consacrés à ces troubles sont considérables et découlent en grande partie du nombre des traumatisés crâniens des deux dernières guerres. Il convient d'ajouter que la vie moderne, avec ses facilités de déplacement et leur vitesse, devient de plus en plus un facteur prédominant des causes de traumatismes variés, graves ou bénins. Les cas que nous rapportons sont d'ailleurs de plus en plus nombreux au cours des années, et ils revêtent souvent un caractère grave.

Enfin ce problème est presque toujours faussé par une revendication affective, consciente ou non, du sujet traumatisé vis-à-vis de la société en général, et de son « agresseur » en particulier. Le rôle du médecin est donc encore plus difficile, car il doit rester objectif en face de son client, mais il devient un expert en plus d'un thérapeute, sollicité pour l'obtention de « certificats ».

Les troubles mentaux immédiatement postérieurs aux traumatismes, du simple obscurcissement de la conscience à la confusion mentale et au coma, posent surtout des problèmes neuro-chirurgicaux. Nous avons de nombreux cas où l'intrication avec le *delirium tremens* pose un problème de diagnostic.

La distinction entre commotion simple, contusion cérébrale et hématome vrai relève de la neuro-chirurgie et conditionne l'indication opératoire.

Les séquelles post-traumatiques sont plus intéressantes pour le psychiatre. Elles appartiennent à trois séries de symptômes : les états déficitaires, les épilepsies, les « névroses » post-traumatiques.

Tous les déficits intellectuels et mnésiques peuvent se retrouver, depuis la simple dysmnésie de fixation jusqu'à la démence. L'atteinte organique cérébrale est très variée, objectivée par les examens électro-encéphalographiques et pneumo-encéphalographiques. La notion d'atrophie cérébrale, actuellement en plein remaniement, se retrouve de plus en plus souvent. La faculté de récupération du cerveau est très variable, parfois imprévisible et étonnante. L'atrophie peut être diffuse ou focalisée. Elle peut alors faire errer le diagnostic et simuler l'existence d'un foyer cérébral (hématome). Il convient d'insister sur la fréquence de plus en plus grande de ces encéphalopathies post-traumatiques.

L'existence d'une épilepsie résiduelle apparaissant en moyenne six mois à un an après le choc, est maintenant classique. Elle ne pose pas de problème bien particulier.

Plus difficile est le problème de la névrose post-traumatique et qui reste fort discuté. Il va du syndrome subjectif des traumatisés du crâne à celui de la névrose pure dite « de conversion ». C'est le domaine de la revendication affective, liée à la notion d'assurance et de pension.

Deux tendances se sont faites parmi les médecins :

- ceux qui, de façon à notre sens sommaire, groupent les cas sous la rubrique simulation et rejettent l'indemnisation ;
- ceux qui tiennent compte du bouleversement affectif — en dehors de la commotion vraie — et admettent l'existence du trouble qui en découle, comme psychologiquement valable.

L'existence d'un terrain névropathique antérieur conditionne souvent la réaction de l'individu au « stress », même affectif. L'appréciation de ce que l'on appelle l'imputabilité, reste toujours très difficile, et la fixation du taux d'I.P.P. est un des cauchemars du médecin.

L'examen de ce tableau permet quelques remarques :

- 1° Une énorme disproportion entre les traumatismes crâniens existe chez les hommes et les femmes. Chez ces dernières, il est presque inexistant. Cet écart est la conséquence directe de la vie sociale : l'homme au travail ou allant au travail risque beaucoup plus que la femme pendant son occupation de ménagère. De plus, l'homme est beaucoup plus « alcoolisé » et ce facteur a une très grosse importance dans tous les accidents.
- 2° Le chiffre des décès est minime. Il s'agit en effet des séquelles de traumatisme crânien. Ces malades, à la phase de récupération, nous sont envoyés par les services de chirurgie, les médecins traitants ou les médecins du travail.
- 3° Il existe une nette progression des chiffres entre 1952 et 1956, le pourcentage passe de 3,8 % à 6,8 % (service hommes).

	1952	1953	1954	1955	1956
HOMMES :					
- Traumas crâniens ou cranio-vertébraux	13-3,8 %	25,5 %	28-5,4 %	44-6,8 %	35-4,8 %
Décès	1	1	0	0	0
FEMMES :					
- Traumatismes crâniens	0	3	3	4	6
Décès	0	0	0	0	0

Le traitement des troubles psychiques dus aux traumatismes crâniens est à la fois médicamenteux et psychothérapique.

Sont nécessaires de longues séries de vitamines B et C, des protéolysats pour augmenter l'anabolisme cellulaire, du glycolle, de l'acide glutamique, toute une liste de « doping » physiologique de la cellule nerveuse.

Des travaux faits dans le service ont mis en évidence l'importance d'un coenzyme B1, la cocarboxylase, dans son rôle favorisant la récupération des fonctions cérébrales perturbées.

L'agitation psycho-motrice de ces malades est remarquablement calmée par la Chlorpromazine administrée en gouttes, à doses filées (150 à 200 mg en moyenne). Il y a intérêt à continuer l'administra-

tion plusieurs mois pour régulariser leur comportement thymique et leur sommeil.

Les céphalées tenaces, avec une incidence méningée (arachnoïdite) possible, sont souvent calmées par des perfusions lentes de sérum glucosé hypertonique (120 cm³ par jour), répétées tous les jours ou un jour sur deux.

Enfin, il convient d'insister tout particulièrement sur le climat de réadaptation des diminués psychiques que sont ces malades. Ils peuvent devenir des grabataires et des gâteux faute de soins appropriés. La rééducation motrices des paralysies, la rééducation des sphincters font partie d'un tout dans lequel la psychothérapie est la base. Il nous paraît essentiel d'y consacrer un personnel spécialisé. Faute de mieux, et par suite du manque de moyens, nous y consacrons parfois d'autres malades de bonne volonté dont l'affection ne contre-indique pas une telle occupation et qui peuvent au contraire bénéficier eux-mêmes de l'effort bénévole qu'ils fournissent. Nous créons ainsi une certaine psychothérapie de groupe utile à l'ensemble par l'atmosphère de détente et d'entr'aide qui en résulte.

Nous précisons que le traumatisé crânien, même lorsqu'il est très confus et grabataire, ne doit jamais être complètement isolé et livré à des soins anonymes.

En l'absence de cette précaution élémentaire, la réadaptation progressive, même partielle, est fortement compromise.

Par contre, nous avons obtenu parfois des récupérations sociales étonnantes chez des sujets porteurs d'une atrophie cérébrale frontale ou globale extrêmement marquée.

C'est dire qu'un pronostic sombre ne doit jamais être porté à la légère et une persévérance bien orientée dans les soins est souvent récompensée.

3) LES TROUBLES MENTAUX DE LA SENILITE

Au fur et à mesure que les progrès des sciences biologiques et médicales prolongent la vie de l'homme, l'attention des chercheurs s'oriente vers le processus de la sénescence. Il a deux aspects : psychologique et biologique, qui nous paraissent d'égale importance. Il se traduit, sur un plan général, par une difficulté croissante de s'adapter à la vie ambiante. Ce serait une réduction du pouvoir de maintenir l'homéostasie.

De la sénilité simple jusqu'à la démence sénile et aux maladies de Pick et d'Alzheimer, tout un éventail de désordres peut être décrit. Des supports anatomiques variés ont été retrouvés.

Mais le fond du problème reste entier ; il est lié à la vie elle-même qui, lorsqu'elle est organisée et hiérarchisée, comporte nécessairement un aboutissement dégénératif qui est le vieillissement. Son terme est l'arrêt d'une synergie des fonctions qui est la mort de l'individu, alors que la cellule seule et inorganisée est immortelle, lorsqu'elle est placée dans certaines conditions (A. CARREL).

Variables sont les facteurs qui conditionnent l'apparition de la sénescence : hérédité, mode de vie, etc. Plus intéressante nous apparaît la psychologie du vieillard avec ses deux aspects : négatif (égoïsme, déficit mnésique et affectif, isolement du monde) et positif (prudence, sagesse et sérénité).

Anatomiquement, le cerveau sénile apparaît comme subissant une atrophie progressive, plus ou moins importante et globale.

Sur le plan séméiologique, nous constatons trois ensembles de symptômes :

- 1) la sénescence simple et progressive qui serait physiologique et « normale » ;
- 2) les psychoses pré-séniles et séniles, dites d'involution de type dépressif ou délirant ;
- 3) la démence sénile, avec deux formes particulières : les maladies de Pick et d'Alzheimer.

Tout a été dit sur la psychologie du vieillard et nous n'y reviendrons pas.

Par contre, nous nous arrêterons un instant à la mélancolie dite d'involution sénile qui, à priori, ne nous semble pas se différencier beaucoup des autres types de mélancolie. L'action thérapeutique de l'électro-choc semble aussi bonne que dans les autres formes cliniques de cette perturbation thymique.

Cela a paru un argument supplémentaire en faveur de la thèse d'une maladie unique (EY et BURGUET).

Ces psychoses délirantes séniles ont volontiers une teinte paranoïaque plus ou moins systématisée. Le délire de préjudice sénile de KRAEPELIN est classique. Jaloux, interprétant, persécuté, le vieillard devient alors « insupportable » et, il faut le dire sans pessimisme, de moins en moins supporté.

Un degré de déchéance au-dessus, nous arrivons à la démence sénile, telle que l'a décrite KRAEPELIN. Déchéance intellectuelle portant en premier lieu sur la mémoire, déchéance affective avec troubles du caractère contrastent avec une certaine conservation de l'état général. L'évolution se fait vers la confusion mentale complète, les

états délirants, et enfin, la cachexie ou un état infectieux intercurrent aboutissent à la mort.

Sur le plan clinique et anatomique, existent des formes particulières assez nettement individualisées :

« La maladie d'Alzheimer est une démence avec syndrome aphaso-agnoso-apraxique, anatomiquement caractérisée par des atrophies diffuses et histologiquement par la présence de plaques séniles et de lésions neuro-fibrillaires d'Alzheimer. Sur le plan étiologique, elle s'inscrit comme un type précoce du processus évolutif.

A l'inverse, la maladie de Pick se présente comme une démence à symptomatologie fronto-temporale prédominante, anatomiquement caractérisée par une atrophie symétrique et localisée, sans plaques séniles, ni altération neuro-fibrillaire, mais avec cellules gonflées et sphérules argentophiles. Sur le plan étiologique s'affirme un caractère hérédo-dégénératif, tant par la présence d'hérédité similaire que par l'association avec d'autres types d'hérédo-dégénération. (1) »

L'encéphalographie gazeuse a donné une nouvelle vigueur à ces conceptions anatomo-pathologiques. Pour J. DELAY et coll., l'atrophie cérébrale est aussi la règle. Cet auteur signale enfin, étudiant les deux formes précédemment décrites, l'existence de formes intermédiaires.

L'importance des affections neuro-psychiques séniles croît, pour des raisons multiples. Après beaucoup d'autres, nos chiffres vont le montrer.

- 1° Le fait évident est la disproportion entre l'aspect de la sénilité masculine et féminine. Alors que cette dernière croît légèrement en chiffre absolu et en pourcentage, allant de 12,5 % à 13,5 %, les chiffres des hommes décroissent de 5,6 % à 2 %.
- 2° Nous comptons trois fois plus de femmes âgées hospitalisées pour sénilité que d'hommes. Là encore s'impose un fait social très important : la femme, en général, et à cet âge en particulier, a une affectivité trop vive pour s'adapter facilement. Son caractère devient plus difficile et sa famille la supporte moins volontiers. L'antagonisme belle-mère - belle-fille joue souvent. Les facteurs économiques sont également importants : logement, famille dispersée, etc. Nos malades viennent en proportion égale des milieux ruraux et citadins. L'isolement total du vieillard qui ne peut subvenir à ses besoins existe partout, comme les difficultés de cohabitation avec enfants et petits-enfants.

(1) J. DE AJURIAGUERRA, HÉCAEN et coll., *E.M.C.*

3° L'âieul, dont la vie est prolongée par la médecine moderne, devient par sa défaillance psychique, une charge trop lourde. Ses possibilités de réadaptation sociale sont assez réduites. Les pourcentages que nous retrouvons : 50 % sur le total des malades hommes et 50 % des femmes, est un chiffre maximum.

HOMMES	1952	1953	1954	1955	1956
Réadaptation sociale	9	9	18	3	8
Internement	3	0	1	0	1
Passage en hospice	6	6	3	7	6
Décès	1	1	3	3	2
Total et pourcentage	19 5,6 %	16 3,2 %	25 4,8 %	13 2 %	17 2,3 %

FEMMES	1952	1953	1954	1955	1956
Réadaptation sociale	11	31	24	23	20
Internement	12	2	4	0	2
Passage en hospice	7	5	8	11	10
Décès	3	2	6	19	9
Total et pourcentage	33 12,5 %	40 12,9 %	42 12 %	53 13,5 %	41 11,5 %

En effet, certains vieillards ont été « placés » après leur sortie du service par leur famille sans que nous en soyons avertis.

Il existe un nombre assez élevé de passage en hospice et à l'hôpital psychiatrique. Il convient d'insister ici sur une lacune : rien n'a été prévu pour résoudre le problème posé par la démence sénile. L'hospice ne prend que des vieillards calmes et pas trop confus, ce qui est naturel. L'hôpital psychiatrique est surchargé de vieillards grabataires et gâteux et il n'a pas été conçu pour un tel afflux. Où doit-on traiter les malades séniles qui demandent beaucoup de soins, souvent des chambres séparées, un personnel nombreux et des médecins s'intéressant aux possibilités d'avenir de la gériatrie ? Ne con-

viendrait-il pas de créer pour eux des centres autonomes, ne dépendant ni des hôpitaux généraux, ni des hôpitaux psychiatriques, et surtout présentant un niveau supérieur à celui d'une « garderie » simple ? L'hospice serait réservé uniquement au vieillard valide qui y retrouverait l'ambiance familiale non troublée par les défaillances psychiques de quelques-uns.

Pour pallier empiriquement à ces difficultés, nous avons créé une salle à part, dans le service des femmes, réservée aux malades séniles agitées que nous essayons de soigner dans des conditions matérielles précaires. Le dévouement du personnel infirmier et hospitalier, comme les progrès de la chimiothérapie (vitamines, hormones, neuroleptiques, tranquillisants), nous ont permis quelques réussites.

Mais le problème des locaux est là aussi crucial et rend impossible actuellement tout progrès sérieux dans le sens d'un essai de rééquilibration sociale : la cohabitation d'une vingtaine de vieillards déficient psychiques graves, pose des problèmes insolubles faute de chambres particulières.

4) LES TROUBLES MENTAUX AU COURS DES AFFECTIONS VASCULAIRES CEREBRALES

La distinction entre le cerveau sénile proprement dit et le cerveau atteint d'artério-sclérose repose sur des critères anatomo-pathologiques et cliniques. Cependant, il n'est pas toujours facile de faire une distinction tranchée entre ces deux formes de dégénérescence.

Si les deux processus peuvent être conjoints, l'artério-sclérose ne se trouverait liée à l'involution sénile que dans 25 % des cas environ (conclusions anatomo-pathologiques *post-mortem*).

Il semble donc que nous nous trouvions en face de deux atteintes cérébrales, différentes au début, mais qui aboutissent au même résultat.

L'étude clinique va des manifestations discrètes de l'artério-sclérose cérébrale à la démence.

Les premières atteintes peuvent se faire sentir dès quarante-cinq ans chez les sujets prédisposés (rôle de l'hérédité, facteurs exogènes). Ce sont des troubles de l'humeur et du caractère, de courtes bouffées confusionnelles. Des formes psychosiques ont été décrites, surtout d'allure dépressive. Enfin, par à-coups successifs, nous pouvons voir s'installer une véritable démence, un état pseudo-bulbaire dont la description est classique : rire et pleurer spasmodiques, troubles des sphincters, de la phonation, de la déglutition, démarche à petits pas,

rigidité extra-pyramidale. Les déficits moteurs (hémiplégies plus ou moins complètes) sont à mettre à part dans les formes localisées.

L'hypertension artérielle peut aller de pair avec l'athéro-sclérose. Cependant leur association n'est pas fatale et des formes hypertensives pures peuvent être décrites, notamment chez les jeunes : c'est l'encéphalopathie hypertensive dont les manifestations par à-coup sont classiques (éclipses cérébrales de Donzelot).

La plupart de nos cas allaient hypertension et athéro-sclérose. Plusieurs présentaient des atteintes neurologiques, séquelles d'ictus très souvent multiples. Ces infirmes graves, souvent plus jeunes que les déments séniles, demandent les mêmes soins qu'eux et posent les mêmes problèmes hospitaliers et sociaux.

HOMMES	1952	1953	1954	1955	1956
Réadaptation sociale	6	11	6	11	10
Internement	0	0	1	0	0
Passage en hospice	0	2	3	3	2
Décès	0	2	0	2	1
Total et pourcentage	6 1,7 %	15 3 %	10 1,9 %	16 2,5 %	13 1,8 %

FEMMES	1952	1953	1954	1955	1956
Réadaptation sociale	4	11	8	15	11
Internement	2	0	4	0	0
Passage en hospice	3	4	2	5	1
Décès	4	0	1	3	3
Total et pourcentage	13 4,9 %	15 4,8 %	15 4,2 %	23 5,8 %	15 4,2 %

1^o Là encore, les femmes sont plus handicapées que les hommes ; leur nombre est plus grand en chiffre absolu (environ 1,5 contre 1) et en pourcentage. Les essais de réadaptation sont plus faciles que chez les séniles purs : 73 % pour les hommes, 64 % pour les femmes.

- 2° La place de ces troubles dans le nombre total d'hospitalisés est plus faible que celle occupée par la sénilité. Chez les hommes, 2 % environ, chiffre stationnaire de 1952 à 1956, contre 4 % d'affections séniles. Chez les femmes, 5 % environ, chiffre stationnaire de 1952 à 1956, contre 12 % d'affections séniles.

II. — TROUBLES MENTAUX ET AFFECTIONS ORGANIQUES GÉNÉRALES

Parmi les *maladies infectieuses*, deux grandes étiologies sont à relever dans nos cas : la syphilis et la tuberculose.

Un chapitre doit être consacré aux rapports de l'*endocrinologie* et de la neuro-psychiatrie. Ils sont actuellement en plein développement et la collaboration des deux disciplines s'avère fructueuse. Il convient de noter tout particulièrement les psychoses de la grossesse et du post-partum.

Les *maladies de la nutrition* ont également une incidence bien connue sur le système nerveux : le diabète en premier lieu. Les misères physiologiques sont encore trop fréquentes également parmi nos malades mentaux à leur arrivée dans le service.

Les *cardiopathies* décompensées, les *urémies*, les *anémies* que nous retrouvons également dans les services de neuro-psychiatrie sont là pour démontrer que le « spécialiste » doit avant tout posséder une solide base de médecine générale.

Parmi ces différents chapitres un peu hétéroclites, quelques-uns méritent que nous nous y arrêtions.

— La SYPHILIS, en premier lieu, maintenant si décriée, nous paraît conserver une certaine importance. Son pourcentage est évidemment minime par rapport aux anciens chiffres, mais les quelques découvertes annuelles du dépistage systématique justifient encore le B.W. automatiquement demandé pour tous les entrants.

Une classification clinique de l'atteinte neuro-psychique de cette affection peut être tentée :

- Stade O : B.W. positif dans le sang, sans aucun stigmate dégénératif ou irritatif évolutif décelable. Ce cas n'est pas tellement rare. Le B.W. est alors vérifié par un test de Nelson.
- Stade I : déficit mental discret soit par atrophie après méningo-encéphalite traitée, soit par artérite cérébrale (épilepsie ou atteinte neurologique localisée possible).

- Stade II : déficit important mais sans signes d'évolutivité. Paralyse générale fixée.
- Stade III : déficit important avec évolutivité. C'est la paralysie générale au stade d'infection active.

Une observation classique et démonstrative datant du début de 1956 peut être rapportée :

M. D..., trente-huit ans, inspecteur des P.T.T., entre le 23 juin 1956 pour agitation psycho-motrice avec agressivité. Ses troubles du caractère importants passent par des alternances de brutalité et d'euphorie. Il s'imagine être riche, fréquente les boîtes de nuit et aurait même absorbé de la cocaïne. Partant en vacances pour trois semaines, il revient le lendemain. Il s'amuse à tirer les sonnettes des portes, contracte des dettes et fait de la détention. Ces troubles remontent au début de l'année et contrastent violemment avec son comportement antérieur.

L'examen somatique ne révèle rien de précis, mais l'attention est d'emblée attirée par une inégalité pupillaire importante avec une paresse des réflexes. L'euphorie alliée à ce signe d'Argyll font pratiquer un B.W. dans le sang qui se révèle fortement positif, et la P.L. montre un L.C.R. dont la cytologie est à 30 éléments (lympho), protéines : 0,77, B.W. ++++, benjoin colloïdal flocculant fortement dans les premiers tubes (27 juin 1956).

Le sujet n'avait jamais été soigné et ne s'était jamais douté de l'affection en cours. Sa femme, discrètement amenée à se faire pratiquer une prise de sang, a également un B.W. +.

Après 3 injections de cyanure de Hg, le sujet reçoit 20 millions de pénicilline (1 million de Bipénicilline par jour), puis une petite série de Stovarsol et Bivotol pendant dix jours, pour attendre l'effet de l'antibiotique.

L'agitation persiste, elle a pris une tendance anxieuse et mélancolique, l'état général est plutôt précaire, le malade s'alimente peu ; la pyrétothérapie est alors instituée à l'aide de Sulfosine intra-musculaire. Du 9 juillet au 13 septembre, le sujet fait 21 accès de fièvre entre 39° et 40°. Non seulement il supporte bien le traitement, mais l'état général se transforme tandis que le délire s'atténue. Il est à noter que l'usage de la Chlorpromazine pendant toute la durée de ce traitement a dû être interrompu.

En effet, 4 comprimés par jour, pendant cinq jours, avaient stoppé toute poussée fiévreuse, malgré la poursuite des injections d'huile soufrée. Reprise de la Chlorpromazine à la fin de la pyrétothérapie, pour stabiliser son état thymique. Amélioration progressive, 25 cyanures de mercure sont administrés avant le départ du malade bien stabilisé le 24 décembre 1956.

Une certaine euphorie avec tendance hypomaniaque persiste à titre de séquelles. Durée d'hospitalisation : six mois.

Nous avons relevé dans nos milliers de dossiers dépouillés, un certain nombre de cas de syphilis nerveuse avec atteinte psychique.

Le total est de 36 cas chez les hommes, soit 1,3 %, et de 16 cas chez les femmes, soit 0,9 %.

Il s'agissait surtout d'atteintes peu évolutives, avec un déficit permettant une vie sociale. Cependant quelques cas de méningo-encéphalites évolutives sont à relever. Ce diagnostic rare doit cependant être évoqué et vérifié : une jeune femme entra dans le service en plein délire atypique ; elle venait d'être soignée dans une autre ville pour schizophrénie et avait subi une cure de Sakel. Sa P.L. montra les signes humoraux d'une méningo-encéphalite spécifique. Elle dut être internée.

	1952	1953	1954	1955	1956
HOMMES :	6	5	9	5	11
- Internement	2	0	0	0	0
- Décès	0	0	0	1	0
FEMMES :	5	5	3	1	2
- Internement	0	0	2	0	0
- Décès	1	0	0	0	0

— La TUBERCULOSE atteint assez souvent les fonctions neuropsychiques :

- soit directement : méningite, tuberculomes cérébraux ;
- soit indirectement : psychasthénie bien connue des malades de sanatorium.

Nous relevons un total de 7 cas pour les hommes (0,2 %) et pas de cas pour les femmes.

Le chapitre des rapports entre L'ENDOCRINOLOGIE et la psychiatrie méritait d'être étendu. Nous y classons les psychoses du post-partum, les dysfonctionnements hypophysaires, la maladie de Cushing, de Basedow, d'Addison, le myxœdème. Certaines atteintes atypiques de l'axe diencéphalo-hypophysaire ont été relevées. Pratiquement, toute atteinte endocrinienne, même fruste, est susceptible de perturber le comportement d'un individu.

Chez les femmes, le syndrome hyperfolliculinique en est un signe journalier. Une consultation d'endocrinologie a été créée dans le service (Docteur BELIN) et grâce à cette collaboration a pu être étudié le syndrome endocrinien de l'imprégnation éthylique (hypothyroïdie, hypocorticisme) et les relations pouvant apparaître entre les crises de manie et l'hyperfolliculinie chez les femmes. La poussée folliculi-

<u>HOMMES</u>	1952	1953	1954	1956	1957
Tuberculose	1	2	0	2	2
Endocrinologie générale	0	0	0	0	2
Nutrition (diabète) (misère physiologique)	1	2	1	3	6
Cardiopathies	1	0	1	1	3
Néphrites et Urémie	0	0	0	0	0
Anémies - Leucémies	1	1	1	1	1
Cancers	0	0	3	2	3
Intoxications	0	3 (1 AS)	0	4 { 1 cortisone 1 Maxiton 2 CO	1 rachianesth.
Divers	3	2 1 paludisme	3	1 zona	3 1 fièvre. Malte

<u>FEMMES</u>	1952	1953	1954	1955	1956
Tuberculose	0	0	0	0	0
Endocrinologie génér.	2	3	1	2	1
Grossesse	2	2	3	0	1
Post-partum	4	3	3	1	4
Nutrition	5	3	3	1	5
Cardiopathies	4	2	3	1	3
Néphrites et urémie	0	0	1	1	1
Anémies - Leucémies	2	0	1	2	1
Cancer	3	1	2	3	2
Intoxications	1 cortisone	0	1 r. anesthésie	0	0
Divers	2	2	3	2 dont 1 RAA	1 maladie de Paget

nique d'avant les règles engendre une foule de troubles du comportement, pouvant être liés à la poussée œdémateuse et congestive.

L'incidence chez les épileptiques est aussi intéressante. L'action des diurétiques à cette époque (Diamox) est à l'étude et pourrait ouvrir une voie nouvelle. L'action des frénateurs hypophysaires est beaucoup plus compliquée et plus délicate à manier.

Les psychoses de la grossesse, et surtout du post-partum, revêtent des aspects polymorphes pouvant aller de la manie aiguë, à la dépression mélancolique, en passant par la psychasthénie.

Aussi les traitements sont-ils, eux-mêmes, variés, mais la Chlorpromazine y tient une place essentielle.

Certaines psychoses aiguës du post-partum ressemblent beaucoup aux délires aigus. Le mécanisme étiologique de perturbation diencéphalique semble d'ailleurs le même.

Nous avons dû hiberner un cas grave avec hyperthermie et azotémie, en 1954, mais sans succès.

Ces affections du post-partum restent donc très variées dans leurs formes, mais sont reliées entre elles, par leur mécanisme physio-pathologique. qu'il faut chercher dans les connexions diencéphalo-hypophysaires.

Nous ne pouvons ici qu'ébaucher cette étude dont les développements futurs permettront de mieux connaître le fonctionnement cérébral et en particulier celui de la zone sous-thalamique.

CHAPITRE VII

LES PSYCHOSES ALCOOLIQUES

Le nombre imposant d'éthyliques envahissant le service a depuis longtemps attiré l'attention, et plusieurs travaux, dont une thèse, ont déjà été consacrés à l'éthylisme.

Aussi ne voulons-nous pas y revenir et nous bornerons-nous à faire un rappel clinique et une mise au point thérapeutique.

Nous divisons les malades entrant pour alcoolisme en deux catégories : la première comprend les malades atteints d'encéphalopathies aiguës, subaiguës ou chroniques ; la deuxième est constituée par ceux qui présentent un simple état d'imprégnation exotoxique nécessitant leur désintoxication.

Le terme de *delirium tremens* demandant une définition précise, depuis 1953, nous nous sommes attachés à la classification suivante :

1) LA BOUFFÉE DE CONFUSION ONIRIQUE

Ne mérite pas l'appellation de *delirium*. Tout au plus pouvons-nous la nommer pré-*delirium*.

Tournant court dans certains cas, évoluant parfois vers un état caractérisé, elle demande à être traitée vite et énergiquement. En règle générale, dans ce tableau, les perturbations humorales sont minimales ; la température sub-normale. « La bouffée confusionnelle est en général unique, elle peut toutefois se répéter plusieurs jours ou plusieurs fois en vingt-quatre heures. Cet état de déséquilibre général de l'organisme, lié vraisemblablement à une mauvaise régulation diencephalique de l'homéostasie et à des troubles dysmétaboliques importants, demande une surveillance médicale avertie. Il faut toujours craindre le déclenchement d'un *delirium* grave. (1) »

(1) B. POMMÉ et collaborateurs, *Revue Neurologique*, XX^e Réunion neurologique internationale.

2) LE DELIRIUM TREMENS DANS SA FORME MOYENNE

Offre un tableau maintes fois décrit. Les perturbations humorales s'ajoutent au tableau clinique. Elles sont particulièrement étudiées depuis ces dernières années.

3) LE DELIRIUM GRAVISSIME

Peut s'installer d'emblée ou faire suite aux états décrits précédemment. C'est une véritable diencéphalose aiguë : déshydratation impressionnante, hyperthermie à 41°, état de collapsus cardio-vasculaire, sueurs profuses. Aux signes d'atteinte neuro-végétative centrale répondent des perturbations humorales importantes : taux de potassium cellulaire augmenté et hypokaliémie, perturbation du point cryoscopique du plasma, hyperhydratation cellulaire. Un cercle vicieux est alors fermé dont il devient difficile de sortir. Le syndrome biologique particulièrement étudié par LECOQ, et dernièrement par LABORIT et COIRAULT au Val-de-Grâce, se révèle complexe et déroutant.

Nous pourrions résumer les faits ci-dessus précisés dans un tableau :

Syndrome clinique	Syndrome biologique	Nombre de cas traités	Thérapeutiques essentielles
Confusion Mentale simple	Inexistant pratiquement	260	Vitaminothérapie B+++ Chlorpromazine ou Résérpine + Barbiturates +
Delirium tremens caractérisé	Fruste	430	Vitaminothérapie B+++ Chlorpromazine ou Résérpine +++ Perfusion sérum hyperglucosé +++
Delirium tremens gravissime (diencéphalose aiguë)	Dominant	90	Vitaminothérapie B++ Chlorpromazine ou Résérpine ++ Perfusion sérum hyperglucosé +++ Stéroïdes +++

Lorsque nous dénombrons les cas de psychoses alcooliques et de désintoxications au cours de ces cinq années, nous ne pouvons qu'être effrayés de leur croissance. Un commentaire devient inutile devant les chiffres que nous allons donner.

HOMMES	1952	1953	1954	1955	1956
Psychoses alcooliques (aiguës ou (sub-aiguës)	53	108	134	140	157
Décès	8 (12%)	14 (12%)	5 (3,7%)	8 (5,7%)	12 (7,6%)
Internements	1	0	0	0	3
Rechutes dans l'année	3	0	6	5	8
Psychoses alcooliques chroniques Désintoxications sim- ples	98	153	123	184	210
Décès	0	0	0	1	0
Internements	4	3	4	14	6
Passage en hospice	2	5	2	6	2
Rechutes dans l'année	5	5	2	28	10
Total des entrants al- cooliques	151	261	257	324	367
Pourcentage par rapport au total des entrants	44,6 %	52,9 %	49,8 %	50,8 %	51,3 %

FEMMES	1952	1953	1954	1955	1956
Psychoses alcooliques (aiguës ou (sub-aiguës)	1	4	8	8	7
Décès	0	1	0	1	0
Internements	0	0	0	0	0
Rechutes dans l'année	0	0	0	1	1
Psychoses alcooliques chroniques et Désintoxications	8	11	22	25	33
Décès	0	1	0	2	0
Internements	0	0	1	1	2
Passage en hospice	1	1	1	0	3
Rechutes dans l'année	2	0	0	2	5
Total des entrantes alcooliques	9	15	30	33	40
Pourcentage par rapport au total des entrantes	3,4 %	4,8 %	8,5 %	8,4 %	11,2 %

Les conclusions que nous pouvons tirer de ce tableau sont multiples :

1° Il existe un accroissement numérique important des entrants pour alcoolisme dans le service de neuro-psychiatrie, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Le pourcentage par rapport au chiffre global des entrants est à peu près stationnaire pour les hommes : il est énorme, variant autour de 50 %.

Un malade sur deux entrant dans le service est un alcoolique.

Le pourcentage chez les femmes est beaucoup moins important, mais il augmente davantage, passant de 3,4 % à 11,2 %.

2° Ces malades « guérissent » en général assez vite. La durée d'hospitalisation est de trois semaines à un mois. Les femmes sont plus gravement atteintes que les hommes, un élément psychopathique ou névropathique étant presque toujours lié à leur alcoolisme. Le taux de mortalité des psychoses alcooliques aiguës ou sub-aiguës se situe autour de 7 à 8 % en moyenne.

3° Les internements et les rechutes dans l'année deviennent de plus en plus fréquents au fur et à mesure de la progression de l'intoxication alcoolique. Les anciens malades ayant rechuté, reviennent de plus en plus nombreux au cours des années 1955 et 1956. La dégradation de certains irrécupérables augmente ainsi le pessimisme des statistiques.

Il est cependant difficile de chiffrer le nombre de rechutes après désintoxication. D'après les chiffres de la consultation de post-cure du dispensaire d'hygiène mentale, un malade sur deux à peu près serait devenu tempérant. Les abstinents complets (les seuls que l'on peut considérer comme « guéris » après un recul de deux ans), sont évidemment plus rares.

On a parfois accusé les statistiques de mortalité concernant les psychoses aiguës alcooliques, d'un optimisme exagéré (1).

Nous maintenons notre opinion sur le pronostic relativement favorable du *delirium tremens*, et nous pensons que le traitement appliqué dans le service, tel qu'il a été exposé souvent, et retouché au cours des années écoulées, est actuellement capable de résoudre presque tous les cas se présentant au clinicien. Nous le décomposons en quatre parties :

1) Action sur l'intoxication elle-même, et la carence vitaminique qu'elle provoque.

(1) A. FAU et R. CHATEAU, « Remarques sur les conditions d'apparition du *delirium tremens* », *Journal de Médecine de Lyon*, 5 novembre 1956, pp. 797-799.

- 2) Action sur les perturbations humorales et tout particulièrement les perturbations centrales.
- 3) Action sur le symptôme agitation.
- 4) Action de tonification générale de l'organisme : cœur, foie, cortico-surrénales et importance des « petits soins ».

Nous ne revenons sur le traitement vitaminique que pour souligner les doses massives employées : 200 mg de vitamine B₁ et 160 cg de vitamine PP injectées toutes les six heures I.M. Nous y ajoutons B₁₂ et cocarboxylase. C'est la base de notre thérapeutique dans tous les cas.

L'accent a été mis récemment sur l'importance du syndrome biologique du *delirium tremens*. Nous essayons d'avoir une action sur lui par deux méthodes : les perfusions lentes de sérum glucosé hypertonique et l'adjonction de stéroïdes.

Le mécanisme d'action du sérum glucosé hypertonique s'avère plus complexe que nous avons pu le supposer au début. Partis de l'hypothèse d'un œdème cérébral, son administration avait paru logique et les résultats cliniques excellents. Non seulement nous avons une action par hypertonie plasmatique et réhydratation, mais le sucre lui même pourrait être utilisé par l'organisme dans un but de régulation de l'anabolisme général (1).

Dès 1954, le service avait essayé d'utiliser la cortisone dans le delirium grave, concurremment avec LABORIT et COIRAULT (2). Les résultats furent inégaux, surtout à cause de l'oligurie ou de l'anurie constatées.

Aussi, il avait été préconisé des petites doses répétées et un traitement court.

Le Viadryl, stéroïde anesthésique, donna des résultats semblables et son maniement a paru délicat.

Par contre, la Δ -cortisone, dont les effets « secondaires » sont moindres, nous a donné de bons résultats. Mais son mode d'action paraît alors plus anti-inflammatoire qu'opérant sur le métabolisme cellulaire et extra-cellulaire.

Le problème d'action des stéroïdes n'est donc pas résolu et là paraît bien résider l'un des mécanismes pathogéniques de ce syndrome original qu'est le *delirium tremens*.

(1) B. POMMÉ, G. DASTUGUE et coll., « Aldolase et *delirium tremens* », Communication à la Société de Neurologie, janvier 1957.

(2) Colloque de Sainte-Anne sur la Chlorpromazine, octobre 1955.

Calmer ces malades a toujours été le problème d'urgence primordial. Les divergences n'ont pas manqué entre thérapeutes, mais l'avènement de la Chlorpromazine nous a fait progresser d'un grand pas. A condition d'agir prudemment mais avec persévérance, l'emploi du Largactil en perfusions (100 à 125 mg en vingt-quatre heures) ou en gouttes (200 à 250 mg par vingt-quatre heures) est très utile. Nous y ajoutons des barbiturates peu toxiques comme l'amobarbital (Eunoc-tal) ou le mébubarbital (Nembutal).

Un autre élément vient de s'ajouter à notre arsenal thérapeutique : il s'agit de la réserpine injectable (Serpasil) en ampoules de 2,5 mg. L'action symptomatique de cette drogue sur le syndrome hallucinatoire s'avère à l'usage comme remarquable. Dès la deuxième injection, environ quatre heures après ce début du traitement, le malade s'endort d'un sommeil tranquille et la disparition de l'onirisme est totale.

Cependant un certain recul est encore nécessaire, et surtout il faut voir si cette drogue n'est pas contre-indiquée chez les malades au seuil convulsivant abaissé (cas extrêmement fréquent). La réserpine paraît avoir une action convulsivante propre dont nous reparlerons au chapitre de la comitialité. Or, nous avons remarqué l'extrême fréquence des crises comitiales au cours des psychoses alcooliques, même sans gravité particulière.

Là encore, c'est à l'usage que nous pourrions voir se confirmer l'emploi de la réserpine comme anti-hallucinatoire.

Enfin il convient d'insister, après bien d'autres, sur la qualité des soins infirmiers et sur la surveillance, dans cette catégorie de psychoses aiguës. Leur instabilité est grande, leur évolution doit être guidée et non laissée au hasard, ou aux caprices d'un personnel incompetent. C'est là, dans la prévention des accidents graves, que réside également une partie du problème posé par le *delirium tremens*.

Le malade doit être placé dans une pièce aérée, tempérée et même plutôt fraîche. L'importance de la chaleur comme facteur de déshydratation est soulignée par la fréquence et la gravité plus grande des deliriums en été.

La contention sera proscrite, ce qui est beaucoup plus facile depuis les neuroleptiques. Enfin la prise de température se fera toutes les deux ou trois heures, c'est une façon très simple et suffisamment fidèle de suivre l'évolution de l'affection.

Les encéphalopathies chroniques sont moins importantes dans les cas que nous avons étudiés. Elles ne posent pas de problème particulier, et seules quelques remarques sont à faire :

— Elles sont souvent intriquées avec la pré-sénilité, ou avec

un état d'athéro-sclérose (encéphalopathies de Machiafava-Bignami).

- L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke, comme le syndrome de Korsakoff, à condition d'être traités longuement et énergiquement (vitaminothérapie B), ne nous ont pas paru revêtir une gravité vitale. Mais les séquelles psychiques restent importantes.
- Nous voyons assez souvent maintenant une forme clinique alliant le traumatisme crânien et l'encéphalopathie éthylique. L'atrophie cérébrale est en règle plus importante et l'atteinte psychique profonde.

Les cures de désintoxications, de plus en plus nombreuses, sont réalisées dans un « centre » à part avec possibilité de psychothérapie collective.

Elles consistent soit à supprimer l'appétence physiologique pour l'alcool des individus intoxiqués, en leur apportant des doses importantes de vitamines B, soit à faire une vraie cure de dégoût à l'Antabus.

Depuis des insuccès et même des accidents, nous sommes assez stricts sur l'indication d'une cure de dégoût à l'« Espéral ».

Il faut :

- 1° Que l'individu n'ait pas de tares physiques trop importantes (cirrhose, épilepsie, atteinte cardio-vasculaire).
- 2° Qu'il soit volontaire et averti des détails et de la longueur de la cure.

Il nous semble préférable de conseiller à nos malades de ne pas prendre d'Antabus, plutôt que d'en prendre des petites doses, en buvant de l'eau « rougie ». Quelques cirrhoses foudroyantes ont été la rançon d'une médication hâtive et mal adaptée.

La post-cure est encore plus importante que le dépistage, actuellement bien assuré, et la cure, précédemment décrite.

Il n'existe en France, à notre connaissance, que deux maisons de post-cure pour éthyliques. Or, la cure durant environ trois semaines à un mois, souvent nos malades rentrent prématurément chez eux, dans un milieu facteur de rechute.

Nous essayons de remédier à cette carence de maisons spécialisées par une consultation externe de post-cure assurée par le dispensaire d'hygiène mentale, dont les locaux sont à côté du service de neuro-psychiatrie.

En un an (début de la consultation en octobre 1955), 150 malades ont été suivies, avec de très heureux résultats, qui ont fait l'objet

d'une communication au *Congrès d'Hygiène* de 1956. La direction départementale de la Santé a bien voulu soutenir et diriger cette action ajoutant à son efficacité.

Une assistante sociale est spécialement attachée à cette consultation, dont le dévouement et la compétence, souvent à dure épreuve, sont pour beaucoup dans son succès.

C'est en insistant sur la nécessité absolue de la surveillance de post-cure pendant des années, que nous terminerons le chapitre consacré à l'alcoolisme. Nous formulons le vœu que les pouvoirs publics s'intéressent davantage à ce fléau social et en mesurent la profondeur.

CHAPITRE VIII

LES EPILEPSIES

Le domaine de l'épilepsie voit son champ s'élargir sous l'impulsion des découvertes de la neuro-physiologie.

Les travaux expérimentaux des chercheurs travaillant sur l'animal, comme les études électro-encéphalographiques ont abouti à des conceptions physio-pathogéniques encore ébauchées, mais ouvrant déjà des perspectives très étendues, susceptibles d'éclairer la compréhension globale que nous pouvons avoir du fonctionnement de l'encéphale.

Alors que les données anatomiques sont très pauvres, et cela est logique puisque nous « travaillons » sur une substance éminemment changeante et labile, au niveau des millions de neurones, les découvertes physiologiques ont permis de préciser nos connaissances sur les influx, les potentiels électriques, et ont mis en évidence une notion essentielle que nous retrouvons partout dans la biologie : la notion de seuil.

La clinique, étayée par l'électro-encéphalographie, nous permet une classification des épilepsies en dehors de toute conception étiologique.

Nous pouvons parler d'*épilepsie généralisée* : « grand mal » et « petit mal » et d'*épilepsie partielle* (en particulier temporelle).

Nous ne nous étendrons pas sur cette conception des épilepsies, qui est celle de la majorité des auteurs modernes. Il faut remarquer toutefois que le terme d'épilepsie partielle recouvre un chapitre assez hétérogène, allant des symptômes psychiques aux symptômes sensoriels ou moteurs, et dont les limites sont imprécises.

Il paraît démontré que la décharge neuronique, responsable des épilepsies généralisées, débute dans les formations sous-corticales et se propage secondairement au cortex. « Le renforcement soudain de l'activité spontanée corticale prend l'aspect caricatural de la décharge

épileptique. Phénomène lié à la décharge de la substance réticulée, dont on connaît l'action renforçatrice incessante sur le cortex cérébral par l'intermédiaire du système ascendant du tronc cérébral et des projections thalamo-corticales diffuses. (1) »

La conception d'une origine « réticulée » ou « centrencéphalique » (PENFIELD) des épilepsies généralisées d'emblée peut ainsi logiquement s'expliquer par une fragilité de leur « centrencéphale » (épilepsies dites primitives).

D'autre part, une lésion cérébrale localisée augmente l'excitabilité des neurones qui l'entourent, pouvant aboutir à une hyperexcitabilité neuronique diffuse (épilepsies dites secondaires).

De toutes façons, l'un ou l'autre cas provoque *un abaissement du seuil convulsivant*, notion pratique et mesurable essentielle.

A partir d'une telle base, une foule de facteurs déclenchants peuvent intervenir : émotion, ingestion d'alcool, fatigue, grossesse, imprégnation hormonale.

On peut donc distinguer, avec GASTAUT :

- 1) Les sujets à seuil très bas et à crises fréquentes, épileptiques évidents.
- 2) Les sujets à seuil « suffisamment bas », épileptiques à crises rares.
- 3) Les sujets dont le seuil est discrètement abaissé ; ce sont les frontières de l'épilepsie.
- 4) Les sujets à seuil normal, pouvant faire une crise sous l'action d'une agression importante (électro-choc, injection de cardiazol).

Une telle décharge neuronique ne devrait pas avoir de fin (état de mal) s'il n'entrait pas en jeu un phénomène d'inhibition active attribué à un système inhibiteur dépendant aussi de la substance réticulée. Suivant l'efficacité de ce système, nous n'avons qu'une ou plusieurs myoclonies, ou qu'une « absence ». C'est le petit mal épileptique.

L'explication pathogénique des *épilepsies partielles* est encore plus complexe et paraît liée à la propagation locale ou à distance de la décharge neuronique localisée. Si cette dernière atteint les formations centrencéphaliques, nous avons une *crise généralisée*.

Nous pouvons donc admettre qu'il existe des épilepsies partielles localisées et des épilepsies partielles diffuses.

(1) GASTAUT in *E.M.C.*, d'après MORUZZI et MAGOIN.

Au point de vue pratique, nous avons été obligés dans notre étude clinique de séparer les épilepsies dites organiques, c'est-à-dire dont nous avons pu déceler une cause lésionnelle, des épilepsies dites fonctionnelles. Une telle distinction est évidemment très arbitraire et découle de notre ignorance ou de l'impossibilité souvent d'approfondir les examens de laboratoire.

Nous avons écarté les « épilepsies organiques » de nos statistiques et nous les retrouverons dans les chapitres : malformations cérébrales, atrophies, encéphalopathies diverses. Nous n'avons donc retenu que les épilepsies dites fonctionnelles, résultant, comme nous l'avons expliqué précédemment, d'un abaissement notable du seuil convulsivant pour des raisons inconnues.

Les notions de grand mal et petit mal, comme celles d'épilepsies partielles, en particulier temporales, ont été recherchées. Il est souvent très difficile de les objectiver, soit par la clinique, soit par l'électro-encéphalographie.

La méthode clinique est subjective et imprécise. La méthode de laboratoire possède le défaut commun à toutes les investigations de ce genre, elle n'objective qu'un court moment pris dans le temps : positive, elle a toute sa valeur ; négative, elle n'a pas de valeur absolue.

Nous allons donc exposer nos chiffres globaux, avec ces réserves. La concordance clinique et électrique est remplie dans la majorité des cas. Il manque parfois (en 1952, nous n'avions pas de laboratoire d'E.E.G.) soit l'une, soit l'autre.

1^o Nous relevons donc globalement, durant les cinq années étudiées, 127 épilepsies « idiopathiques » chez les hommes et 97 chez les femmes, soit respectivement 4,7 % et 5,8 % du total des malades hospitalisés.

Ce pourcentage est légèrement supérieur chez les femmes. Il faut peut-être en chercher l'explication dans l'importance de l'épilepsie cataméniale ou pré-cataméniale.

2^o Rappelons que nous avons éliminé les épilepsies dont l'étiologie a été retrouvée avec évidence. En particulier chez les hommes, l'épilepsie toxique, soit au moment du sevrage de l'alcoolique, soit au cours du *delirium tremens*. Les crises convulsives sont extrêmement fréquentes chez nos éthyliques (8 à 10 %), s'expliquant soit par un abaissement passager de leur seuil sous l'influence de l'alcool, soit par une souffrance cérébrale réversible par dysmétabolisme, soit par un début d'atrophie cérébrale (syndrome de Korsakoff, de Wernicke).

EPILEPTIQUES

<u>HOMMES</u>	1952	1953	1954	1955	1956
Total	10	21	26	36	34
Concordance clinique et électrique	pas d'EEG	8	11	26	20
Clinique uniquement	"	13	15	10	14
Grand Mal certain	"	7	6	15	9
Epilepsie Temporale	"	1	5	11	11
<u>FEMMES</u>	1952	1953	1954	1955	1956
Total	14	18	20	24	21
Concordance clinique et électrique	pas d'EEG	7	14	12	12
Clinique uniquement	"	11	6	12	9
Grand Mal certain	"	6	12	9	6
Epilepsie Temporale	"	1	2	2 1 focalisa- tion autre	6

Les épilepsies secondaires à des lésions cérébrales par néoformations, atrophies diverses par affections vasculaires, ont été étudiées dans les chapitres consacrés à ces atteintes multiples.

- 3° Au fur et à mesure que progressent les techniques, il est intéressant de noter l'accroissement de la découverte de cas d'épilepsie temporale. Tout un chapitre de pathologie cérébrale vient d'être ouvert, et le domaine de l'hystéro-pithiatisme s'est encore rétréci. Une observation nous paraît typique de cette tendance :

Monsieur R..., vingt-trois ans, entre dans le service le 22 février 1956 pour crises giratoires sans altération de la conscience : le malade sent venir sa crise, qui est précédée d'une sensation de pesanteur gastrique.

Un E.E.G., le 28 février 1956, n'objective aucune systématisation pathologique ; thêta abondant asymétriquement réparti. Les manifestations présentées dans le service semblent cliniquement névropathiques, le malade ne fait pas de crises à l'isolement. Un traitement est institué avec 3 mg de Résérpine par jour. Au bout de dix jours, et après une recrudescence des crises précédemment décrites, nous assistons à une crise caractérisée par un obscurcissement léger de la conscience, des ricanements alternés avec une expression apeurée, des gesticulations sans objet apparent mais semblant en rapport avec un entourage imaginaire.

Le malade tourne en rond puis se recouche spontanément.

A ce moment, miction et défécation.

L'E.E.G. pratiqué le même jour est caractérisé par une bradyrythmie de fond sur laquelle se greffent :

1° Des paroxysmes lents bisynchrones à projection antérieure, s'associant à quelques pointes lentes.

2° Au moment des paroxysmes cliniques d'automatisme mineur, une activité lente rythmique bitemporale majorée à gauche, associée à une désynchronisation concomitante du reste des projections hémisphériques.

Le malade est alors mis à 6 comprimés de Mysoline par jour avec un peu de phénobarbital. On assiste à une cessation progressive des crises.

Un E.E.G. de contrôle, six mois après, montre encore une activité rythmique thêta bitemporale en brèves séquences à majoration temporale gauche en fin d'hyperpnée.

Le comportement du malade s'est amélioré, ses crises sont beaucoup moins fréquentes et importantes.

L'évolution de la notion d'épilepsie temporale est donc intéressante à mettre en valeur. Si, en 1952 et 1953, nous n'avions pas encore individualisé ces formes, par contre, en 1956, nous constatons qu'un tiers de nos comitiaux sont des temporaux : soit 32 % chez les hommes et 35 % chez les femmes.

De plus en plus, le domaine de ce que l'on continue d'appeler l'épilepsie — à forme non convulsive — a tendance à s'étendre. L'E.E.G. systématique devient une règle en face des troubles mixtes du caractère et du comportement, ayant une certaine physionomie de déclenchement subit : impulsions irraisonnées, peurs soudaines, fugues, angoisse et bouffées anxieuses inexplicables, colères violentes.

A ces symptômes s'ajoutent d'autres plus classiques : absences, équivalents psycho-moteurs, automatismes variés.

Les traitements employés sont les anti-comitiaux de toutes catégories : l'administration dans le temps de ces drogues demande à être fractionnée, et une importance très grande doit être attachée à l'horaire des crises et à l'horaire des prises de médicaments.

Le phénobarbital, sous forme d'Orténal ou d'Alepsal, constitue une des bases de la thérapeutique.

Les hydantoïnes, une autre, dans les cas de grand mal.

Schématiquement, et ceci est classique, les diones sont employées dans le petit mal ; la phénacétylurée (Epiclase) dans l'épilepsie temporale ; le Lifène est également actif dans le petit mal.

L'emploi de la Mysoline nous paraît amener une remarque : il convient surtout dans les cas de grand mal.

Cependant, son pouvoir hypnogène paraît en limiter certaines indications. Alors qu'il est dépourvu de toxicité, nous avons constaté l'aggravation considérable aussi bien clinique qu'électrique de certaines épilepsies. Nous en avons attribué la cause à la somnolence qu'il engendre et au pouvoir activateur de cet endormissement latent. En effet, certains malades sous Mysoline s'enfoncent dans un état d'hébétéude et de subconfusion, avec à l'E.E.G. un ralentissement considérable du tracé (dans un cas, presque uniquement composé d'ondes lentes).

Cet effet est heureusement inconstant et assez rare. Il convient toutefois d'en tenir compte.

La Posédrine, sans toxicité, n'a pas paru avoir les effets qu'on attendait d'elle. Le Diamox, dernier anti-épileptique en date, est un sulfamide à tendance diurétique, ce qui pourrait mettre en valeur la relation entre les épilepsies fonctionnelles et les troubles du métabolisme de l'eau. En effet, cette dernière médication, encore à l'étude, a donné de bons résultats dans les épilepsies cataméniales.

Administrée dix jours avant la période des règles, associée au phénobarbital, elle a supprimé les crises et normalisé l'E.E.G. (enregistré le premier jour des règles) chez quelques comitiales aux crises cataméniales jusqu'alors persistantes.

Nous n'aborderons pas le problème psychologique et social de l'épilepsie. Il revêt une grande importance, mais les réalisations dans ce domaine sont, en France, cruellement insuffisantes. D'une part, les préjugés concernant l'épilepsie sont loin d'être dissipés ; d'autre part, l'assistance hospitalière ou simplement médico-sociale est encore embryonnaire.

La rééducation des enfants épileptiques, comme le reclassement et l'emploi des adultes atteints de cette infirmité, se heurte à d'énormes difficultés.

Cependant le problème est posé, et l'idée poursuit son chemin : l'action de certains « mouvements » (Ligue internationale contre l'Epilepsie, par exemple) est, à cet égard, pleine de promesses.

CHAPITRE IX

LES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

La neurologie pure ne possède pas actuellement de limites bien précises, et son domaine, en pratique, est restreint.

Un certain nombre d'atteintes du système nerveux sont traitées par le médecin « généraliste » pour de multiples raisons : hésitations du malade devant la perspective d'un examen par un spécialiste des maladies nerveuses, traitement suffisamment mis au point pour être appliqué sans l'intervention du spécialiste, etc.

C'est ainsi, par exemple, que syndromes poliomyélitiques et méningés, voire encéphalites, font partie, actuellement, du domaine de la médecine interne.

De même, la neuro-chirurgie est devenue une discipline qu'il est difficile de dissocier de la neurologie. Une foule d'affections, telles que malformations vasculaires ou atrophies cérébrales, sont directement le domaine du neuro-chirurgien, très souvent sans intermédiaires. Le médecin traitant, en effet, suspectant un diagnostic de ce genre, peut envoyer, sans plus tarder, son malade au neuro-chirurgien pour lui éviter une série d'allées et venues dues en grande partie à la mauvaise organisation du travail médical et hospitalier. Nous aborderons en effet, dans nos conclusions, la nécessité du travail en équipe et dans de bonnes conditions matérielles. Ce n'est évidemment pas encore le cas dans le Centre hospitalier de Clermont-Ferrand, actuellement en pleine réorganisation.

Il n'est donc pas étonnant que nous ne retrouvions que peu d'atteintes neurologiques pures dans le service de neuro-psychiatrie étudié.

Nous en avons dit les raisons :

- beaucoup de ces affections restent dans le service de médecine générale ;
- d'autres sont directement dérivées en neuro-chirurgie.

Dans ces conditions, en grande partie dues, nous le répétons, à la mauvaise organisation hospitalière, il reste surtout dans le service « dit de neuro-psychiatrie », des affections à incidence psychiatrique. La répartition des malades de neurologie reste donc purement empirique et, au gré des entrées, ils vont en médecine générale, en chirurgie, ou accessoirement en neuro-psychiatrie. Le manque de liaison entre les chefs de service, sans secrétariat médical, multiplie les temps morts et les examens en double. Le manque d'unité de lieu — services dans deux hôpitaux différents — multiplie les transports en ambulance plus ou moins inconfortables.

Pour ne citer qu'un exemple de la nécessité d'un centre unique groupant les affections de l'encéphale et du système nerveux, dans quel service peut-on admettre les atrophies cérébrales, qu'elles soient encéphalitiques, post-traumatiques ou vasculaires ?

- En médecine générale ? Les troubles psychiques rendront leur séjour indésirable.
- En chirurgie ? Toute la partie médicale du problème ne pourra être abordée.
- En neuro-psychiatrie ? Le problème de l'encéphalographie gazeuse et autres examens complémentaires va se poser à cause de l'isolement du service et de la nécessité du transport dans le service de radiologie trop éloigné.

Ce simple problème, pratique à résoudre, montre les difficultés auxquelles se heurtent de nos jours les différentes disciplines neurologiques, à cause même de leur progression, pourrait-on dire.

La solution théorique est le centre neuro-psychiatrique. Lorsqu'il n'est pas encore réalisé, tous les efforts médicaux restent, non pas inutiles, mais d'un rendement très insuffisant.

Nous allons voir les quelques affections neurologiques retrouvées en cinq années dans le service de neuro-psychiatrie étudié. Nous avons déjà mis à part, dans les chapitres précédents :

- les atrophies cérébrales ;
- les tumeurs cérébrales ;
- les affections cérébro-vasculaires ;
- les syndromes neuro-toxiques et neuro-anémiques.

Il nous reste :

- les affections médullaires : scléroses multiloculaires et scléroses latérales amyotrophiques, les myélites et les compressions médullaires ;
- le tabès, sans retentissement psychique ;
- les syndromes extra-pyramidaux ;
- les affections des nerfs périphériques.

HOMMES	1952	1953	1954	1955	1956
Scléroses multi- loculaires	2	4	1	1	0
Myélites Compressions médul.	1	5	2	4	2
Tabès	3	1	1	1	0
Syndromes extra- pyramidaux	1	1	3	3	1
Nerfs périphéri- ques	2	1	5	6	3
Divers		1	5	11 (dont 2 chorées Hugtington)	2

FEMMES	1952	1953	1954	1955	1956
Scléroses multi- loculaires	1	1	2	1	2
Myélites et Compressions médul.	1	2	6	0	0
Tabès	0	1	1	0	0
Syndromes extra- pyramidaux	0	2	3	1	0
Nerfs périphéri- ques	1	3	0	1	0
Divers	0	5	3 (dont 2 chorées Hugt.)	5 (1 chorée de Hugtington)	1

Nous ne reviendrons pas sur les affections cérébrales étudiées dans les chapitres précédents en nous basant sur l'étiologie : les atrophies, les tumeurs, les affections vasculaires, les épilepsies, les syndromes neuro-toxiques et neuro-anémiques.

Nous ne nous étendons pas sur les affections qui nous restent dans ce chapitre, soit au total en cinq années :

— Scléroses multiloculaires	15
— Myélites et compressions médullaires	23
— Tabès	8
— Syndromes extra-pyramidaux	20

Ces affections sont trop connues pour qu'il soit besoin d'en parler longuement. Le traitement des affections de dégénérescence reste symptomatique, quel que soit le niveau du système nerveux atteint. C'est là un chapitre neuf qui pose beaucoup de problèmes à peine entrevus.

Il convient simplement de souligner encore une fois, ce que présente d'artificiel la distinction entre neurologie d'une part et psychiatrie de l'autre. Dans une foule d'affections, il n'est pas possible de discerner la part de l'une ou de l'autre de ces disciplines complémentaires et indissociables. Ce sera l'une des conclusions de cette étude.

CONCLUSIONS

L'étude d'un service de neuro-psychiatrie d'un Centre hospitalier régional (Clermont-Ferrand), portant sur cinq années, de 1952 à 1956, et sur un chiffre global de 4.400 malades, nous permet quelques réflexions d'ordre théorique et pratique.

I. — SUR LE PLAN THÉORIQUE

1. — Il nous est possible de porter quelques jugements et de faire à cette occasion le point des progrès des disciplines neuro-psychiatriques modernes. Allant de la psycho-pathologie à la neuro-chirurgie, il est actuellement encore très difficile de les réunir dans un même centre d'étude. Cependant, la première conclusion que l'on peut tirer est *l'impossibilité de dissocier* toutes ces disciplines, et en particulier neurologie de psychiatrie.

Etudiant les différentes faces d'un même problème, le spécialiste des affections du système nerveux peut s'orienter avec prédilection vers un aspect de cette discipline, mais il n'a pas le droit, sous peine de commettre des erreurs parfois graves, d'en ignorer les autres aspects.

2. — La neuro-psychiatrie est sans doute la spécialité médicale qui a fait le plus de *progrès* au cours de ces cinq dernières années. Son domaine s'accroît de plus en plus, et le nombre de malades traités — et guéris — également :

— de 602 en 1952, nous passons à 1.069 malades ayant subi un traitement en 1956, dans le service hospitalier étudié. Soit presque une augmentation du simple au double.

3. — *Essentiellement différents sont les aspects du service des hommes et de celui des femmes.*

a) LES HOMMES SONT LES PLUS NOMBREUX (2.700 environ).

1° Un homme, sur deux entrants, est un alcoolique, présentant une atteinte toxique du système nerveux, aiguë ou chronique (50 %). C'est la raison du nombre global plus important des malades du service hommes.

2° L'autre moitié des malades du service, soit environ 1.400, se répartit par ordre d'importance numérique :

- Névroses graves, occupant une assez grande part 10 %
- Perturbations thymiques ou maniaco-dépressives 7 %
- Syndromes schizophréniques 5 %
- Délires chroniques, systématisés ou non . . . 3 %

Puis, les troubles mentaux symptomatiques d'affections cérébrales et générales découlent essentiellement :

- des traumatismes crâniens 5 %
- des affections vasculaires 2 %
- de la sénilité 4 %
- de la syphilis 1,3 %

L'étude des possibilités de réadaptation sociale les montre meilleures chez les hommes que chez les femmes. Nous en avons cherché les modalités à la fois physiologiques et socio-économiques.

Une pathologie presque uniquement masculine est celle des traumatisés du crâne ; elle découle du mode de vie masculin (travail et alcool).

Nous retrouvons peu d'affections neurologiques pures, comme chez les femmes d'ailleurs, et nous en expliquons les raisons.

b) LES FEMMES sont environ au nombre de 1.700.

Elles se répartissent ainsi :

- les névroses 13 %
- les perturbations hyperthymiques 28 %
- les syndromes schizophréniques 6 %
- les délires chroniques 8 %

Puis les troubles mentaux symptomatiques d'affections cérébrales ou générales découlent surtout :

— de la sénilité	13 %
— des affections vasculaires	5 %
— des perturbations endocriniennes	2 %
— des affections alcooliques	7 %

Nous relevons dans le chapitre des perturbations maniaco-dépressives plus de la moitié de nos cas féminins, soulignant ainsi la plus grande fragilité des régulations thymiques chez la femme.

Un autre élément dominant est le nombre d'affections séniles. C'est un fait que la femme, et surtout la femme âgée, présente une plus grande difficulté d'adaptation que son compagnon masculin.

Nous retrouvons ce phénomène au long de nos chapitres, en étudiant les possibilités de réadaptation sociale de chaque catégorie de malades.

Un fait à noter : l'augmentation régulière en cinq ans, du pourcentage des femmes alcooliques, passant de 3 % à 11 %.

II. — SUR LE PLAN PRATIQUE

Nous esquissons au long de ce travail, les grandes lignes d'une réforme hospitalière, telle que peut la désirer un médecin. L'équipement du service étudié étant insuffisant, cette étude nous permet de montrer l'utilité de deux centres dont l'urgence et l'avenir nous paraissent évidents :

1° *Le Centre neuro-psychiatrique* au sein du Centre hospitalier régional, rattaché à la Faculté de Médecine. Il servira à l'enseignement et à la recherche, et sera en liaison avec les disciplines complémentaires : électro-radiologie et électro-encéphalographie, neuro-chirurgie, psycho-pathologie.

Les progrès des sciences neuro-physiologiques permettent tous les espoirs, et elles doivent être traitées sur un plan d'égalité avec les autres disciplines. L'Institut d'Hygiène mentale doit travailler en liaison avec un tel centre, d'où la nécessité de consultations de dépistage et de post-cure.

Ce programme doit donc être inspiré grossièrement de la lutte antituberculeuse avec ses sanatoria, ses services de phthisiologie et ses dispensaires. Avec la seule différence que la

neuro-psychiatrie est en plein essor, alors que la pneumo-phtisiologie a atteint sa période maximum.

- 2° *Le Centre gériatrique* distinct du service de neuro-psychiatrie, comme des services de médecine générale. Il doit se consacrer à l'étude de la sénescence et au traitement des vieillards, avec tous les problèmes physio-pathologiques et psychologiques qu'ils comportent.

Une annexe psychiatrique pourra y être rattachée, s'occupant tout particulièrement des troubles mentaux. L'augmentation du nombre de vieillards dans les hôpitaux et dans les services de neuro-psychiatrie en particulier, demande également des réalisations urgentes dans ce domaine.

Il apparaît donc, sur une modeste échelle dans ce travail, que la neuro-psychiatrie touche un vaste domaine dans la connaissance de l'homme, et en particulier la façon dont il s'intègre dans son milieu.

Il n'est donc pas étonnant que nous abordions des problèmes aussi vastes et aussi différents que ceux de la réadaptation sociale des malades, de l'organisation d'un service hospitalier ou de la révolution thérapeutique qu'a apportés la chimiothérapie et, en particulier, les neuroleptiques en neuro-physiologie.

Ces problèmes sont connexes et s'articulent entre eux. Des solutions plus ou moins satisfaisantes qui leur seront données, dépend la guérison de milliers de malades, et c'est là ce qu'il ne faut jamais oublier.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
DELAY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES DE BASE

- ALAJOUANINE et coll. — Les grandes activités du lobe temporal. (Masson, 1955.)
- ALEXANDER. — La médecine psycho-somatique. (Payot, 1952.)
- BARUK. — Précis de Psychiatrie. (Masson, 1950.)
- Psychiatrie morale. (Presses universitaires de France, 1950.)
- BINET (Léon) et BOURLIÈRE (F.). — Précis de gérontologie. (Masson, 1955.)
- BLEULER (E.). — Dementia praecox oder grappe der Schizophrenien. (*Traité d'Aschaffenburg*, Leipzig et Vienne, 1911.)
- La schizophrénie. (*Rapport au XXX^e Congrès des Méd. Alién. et Neurol. Fr. et Pays de Langue Fr.*, Genève, Lausanne, 1926, Masson édit.)
- BONIN (Gerhardt). — Essai sur le cortex cérébral (traduit de l'américain). (Masson, 1954.)
- CHAUCHARD (Paul). — Les mécanismes cérébraux de la prise de conscience. (Masson édit., 1956.)
- COIRAULT (R.), LABORIT (H.) et coll. — *Le delirium tremens*. (Masson, 1956.)
- COSSA. — La cybernétique. (Masson, 1955.)
- DELAY (J.). — Les dérèglements de l'humeur. (Presses universitaires de France.)
- La psycho-physiologie humaine. (Presses universitaires de France.)
- Etudes de psychologie médicale. (Presses universitaire de France.)
- Méthodes biologiques en clinique psychiatrique. (Masson édit.)
- Méthodes psychométriques en clinique. (Masson édit.)
- Aspect de la psychiatrie moderne. (*Discours au Congrès international de Psychiatrie*, Paris, 1950, édition 1956.)
- DELMAS (J.) et DELMAS (A.). — Voies et centres nerveux. (Masson, 1954.)
- Encyclopédie Médico-Chirurgicale* : Psychiatrie (3 tomes); Neurologie (3 tomes).
- FULTON. — Physiologie du système nerveux (Vigot, 1947.)
- Physiologie des lobes frontaux et du cervelet. (Masson, 1953.)
- FREUD (Sigmund). — Introduction à la psychanalyse. (Payot, 1949.)
- GUIRAUD (Paul). — Psychiatrie clinique (3^e édition, 1956).
- HESNARD. — Morale sans péché. (Presses universitaires de France, 1954.)

- JUNG (C.G.). — L'homme à la découverte de son âme. (Edition du Mont-Blanc, 1948.)
- LABORIT. — Réaction organique à l'agression et choc. (Masson, 1952 et 1955.)
— Résistance et soumission en physio-bologie. (Masson, 1954.)
— Excitabilité neuro-musculaire et équilibre ionique. (Masson, 1955.)
- LECOMTE DU NOUY. — L'avenir de l'esprit. (Gallimard, 1941.)
- LHERMITTE. — Le cerveau et la pensée. (Bloud et Gay, 1951.)
- MAGOUN. — Ascending reticular activating system. (Harvey Lect., New-York, 1953.)
- MINKOWSKI (E.). — La schizophrénie. (Paris, Desclée de Bouver.)
- MORIN. — Physiologie du système nerveux central. (Masson, 1955.)
- MOURAD. — L'éveil de l'intelligence. (Presses universitaires de France, 1955.)
- PAVLOV. — Œuvres choisies. (Moscou, 1954.)
— Typologie et pathologie de l'activité nerveuse supérieure. (Presses universitaires de France, 1955.)
- PINEL (Ph.). — Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. (Paris, 1809.)
- RÉVOL et coll. — La thérapeutique par la Chlorpromazine en pratique psychiatrique. (Masson édit., 1956.)
- TEILHARD DE CHARDIN. — Le phénomène humaine. (Ed. du Seuil, 1955.)

PUBLICATIONS ET THÈSES

- ALAJOUANINE. — L'homme n'est-il qu'un robot ? (*Leçon inaugurale du LIII^e Congrès des Méd. Alién. et Neurol.*, à Nice, 1955.)
- BERNARD-GRIFFITHS. — Gérontologie. (*Clermont Médical*, août 1953.)
- BONNAFÉ. — L'hôpital psychiatrique : ce qu'il est, ce qu'il doit devenir. (*Pages sociales*, 1947, 2.)
- BONNET (H.). — Action des neuroleptiques sur les crises et les troubles mentaux de certains épileptiques. (*Ann. Médico-Psych.*, 1956, tome II, p. 193.)
- BOUDIN. — La fin de la syphilis nerveuse, (*Rapport au Congrès des Méd. Alién. et Neurol.*, Nice, 1955.)
- BOUDOURESQUE. — Les tumeurs frontales. (*Rapport au Congrès des Méd. Alién. et Neurol.*, Bordeaux, 1956.)
- CARRIÉ. — Etude sur les modes de décès du vieillard à l'hospice. (*Thèse*, Clermont-Ferrand, 1956.)
- DAUMEZON (G.), EY (H.), FOUQUET (P.), HAMON et LAUZIN (J.). — Rapport préliminaire à la présentation de nouveaux textes propres à assurer un fonctionnement satisfaisant des hôpitaux psychiatriques. (*L'Information Psychiatrique*, 1954, n° 9, pp. 340-348.)
- DECOURT (Ph.). — Mécanisme de l'action thérapeutique de la Chlorpromazine. (*Thérapie*, 1953, 8, 846.)

- DELAY (J.). — Conscience et diencephale. (*Presse Médicale*, 1947, n° 60, pp. 681-682.)
- DELAY (J.), NEVEU (P.), LERIQUE (A.), DESCLAUX (P.). — Sur quelques résultats de la pneumo-encéphalographie et de l'électro-encéphalographie dans le diagnostic des atrophies cérébrales. (*Revue Neurol.*, 1944, 76, 263-264.)
- DELAY (J.), BRION (S.), SADOURNE (R.). — Lésions anatomiques de la maladie de Pick à la phase pré-atrophique. (*Revue Neurol.*, 1954, 91, 21-91.)
- DELAY (J.), DENIKER (P.) et HORL (J.M.). — Utilisation en thérapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale élective (4560 R.P.). (*Ann. Méd. Psych.*, 1952, 2, 112-117.)
- DELAY (J.), DENIKER (P.) et TARDIEU (Y.). — Hibernothérapie et cure de sommeil en thérapeutique psychiatrique et psycho-somatique. (*Presse Méd.*, 1953, 61, 116-1166.)
- DELAY (J.), LAINÉ, AZIMA et RIECK. — L'homéostasie dans la schizophrénie. (*Encéphale*, 1953, 42, 385-406.)
- DELAY (J.) et DENICKER. — Le traitement des psychoses par une méthode neuroleptique dérivée de l'hibernothérapie. (*C.R. du Congrès des Méd. Alién. et Neurol. de France et des Pays de Langue Française*, Luxembourg, 19-27 juillet 1952.)
- DELAY et coll. — Syndromes extra-pyramidaux dus à la Chlorpromazine et à la Réserpine. (*Colloque International*, 1955 ; in *Encéphale*, n° spécial, 1956.)
- DELL. — Corrélations entre le système végétatif et le système de la vie de relation ; mésencéphale, diencephale et cortex cérébral. (*J. Physiol.*, Paris, 1952, 44, 2, pp. 471-557.)
- DELMAS-MARSALET (P.). — Les délires alcooliques aigus. (*Revue du Praticien*, 1953, t. III, n° 32, pp. 2409-2418.)
- DESCHAMPS (A.). — L'hibernation en psychiatrie. (*La Presse Médicale*, 21 juin 1952.)
- DOUSSINET (P.) et JOUVELET (H.). — Le Service public d'Hygiène mentale du Puy-de-Dôme. (*Congrès des Méd. Alién. et Neurol.*, Besançon, Neuchâtel, 1950, 619-626.)
- EY (H.) et BOUTILLIER (H.). — L'activité thérapeutique dans un service de psychiatrie. (*Revue de la Sécurité Sociale*, novembre 1953, 13-19.)
- FAU (R.) et CHATEAU (R.). — Remarques sur les conditions d'apparition du *delirium tremens*. (*Journal de Méd. de Lyon*, 5 novembre 1956, p. 797.)
- GASTAUT (H.). — Corrélations entre le système nerveux végétatif et la vie de relation dans le rhinencéphale. (*J. Physiol.*, Paris, 1952, vol. 44, pp. 431-470.)
- GIBERT (J.). — Thérapeutique neurolégique et hibernothérapie en psychiatrie. (*Thèse Méd.*, Paris, 1953.)
- HAINAULT (J.). — Le *delirium tremens*. (*Thèse*, Paris, 1955.)
- HAMON. — Les psychoses collectives. (*Rapport au Congrès des Méd. Alién. et Neurol.*, Nice, 1955.)

- HAZARD (J.). — Le potassium en biologie et en thérapeutique. (Paris, Expansion Scientifique Française, 1954.)
- HENNÉ. — A propos d'une sortie après soixante-quatre ans d'internement. (*Société Méd.-Psych.*, séance du 25 juin 1956.)
- HIÉBEL (G.), BONVALLET (M.) et DELL (P.). — Action de la Chlorpromazine au niveau du système nerveux central. (*Sem. Hôp. Paris*, 30^e année, 6 juin 1954, n° 37, pp. 2346-2353.)
- HILLEMAND (P.), LUNEL (J.), NALLET (J.) et DURON (J.). — Quelques remarques sur l'augmentation du nombre des éthyliques hospitalisés dans un service hospitalier parisien (1936-1955). (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 71^e année, 1955, 4^e série, n°s 23-24.)
- KOECHLIN (Ph.). — Etude sur la place du travail dans la thérapeutique psychiatrique actuelle. (*Thèse*, Paris, 1951.)
- LAIRY. — L'organisation de l'électro-encéphalogramme normal et pathologique (*Revue de Neurol.*, 1956, t. 94, p. 749.)
- LECOQ (R.). — Les thérapeutiques de l'alcoolisme. (*Bull. Acad. Nat. Méd.*, 1950.)
— Acquisitions récentes sur le rôle des enzymes dans le métabolisme de l'alcool. (*Presse Méd.*, 1952, n° 78, pp. 1662-1664.)
- LEREBoullet et coll. — Traitement du *delirium tremens* par la Réserpine. (*Soc Méd. Hôp. Paris*, 15 juin 1956.)
- LOO (P.). — Névroses et états névrotiques. (*Ann. Méd.-Psych.*, 1956, t. II, p. 227.)
- PAUMELLE (Ph.). — Essai de traitement collectif du quartier d'agités. (*Thèse*, Paris, 1952.)
- PAUWELS (R.). — Les hibernothérapies en psychiatrie. (*Thèse*, Paris, 1953.)
- PERRIOT (G.). — Etude psycho-sociologique de la population d'un asile de vieillards (hôpital général de Clermont-Ferrand). (*Thèse*, Paris, 1952.)
- PLANCHE (R.). — Evolution de la thérapeutique des délires aigus alcooliques. (*Thèse*, Paris, 1955.)
- PLUVINAGE (R.). — Le traitement du *delirium tremens*. (*Entretiens de Bichat*, 1954, Expansion scientifique française, pp. 141-144.)
- POMMÉ (B.) et DECHAUME (J.). — Réflexions sur 4 observations de tumeurs cérébrales avec troubles mentaux précoces. (*Ann. Méd.-Psych.*, 1934, 2, n° 4, pp. 581-593.)
- POMMÉ (B.), MORAT (R.), LACROIX (J.). — Des condamnations dans les antécédents des jeunes pervers (arriérés sociaux ou déséquilibrés, engagés volontaires dans l'armée). (*Congrès des Méd. Alién. et Neurol.*, 1934.)
- POMMÉ (B.) et JANNY (P.). — Possibilités actuelles de la neuro-chirurgie en face des accidents vasculaires cérébraux. (*Clermont Médical*, 1953.)
- POMMÉ (B.), PLANCHE (R.), GIBERT (J.), SÉBALD (Mlle) et LAFORET (J.). — Essai de déconnexion en thérapeutique psychiatrique. (*Société des Sc. Méd. de Clermont-Ferrand*, 10 juillet 1953.)

- POMMÉ (B.), JANNY (P.), PLANCHE (R.), GIBERT (J.), LAFORET (J.). — Les tumeurs cérébrales à forme pseudo-vasculaire. (*Revue du Praticien*, 1954, pp. 801-804.)
- POMMÉ (B.), GISCARD (P.), JANNY (P.). — Traumatisme crânien, lésion méningo-cérébrale, délire chronique. (*Congrès des Alién. et Neurol.*, LII^e session, Liège, 1954.)
- POMMÉ (B.), PLANCHE (R.), GIBERT (J.). — Vitaminothérapie B intensive dans le traitement du *délirium tremens* (400 cas). (*Soc. de Thérapeutique et Pharmacodynamie*, 5 juin 1955 ; — *C.R. in Thérapie*, Clermont-Ferrand, 1955, t. X, n^o 5, p. 694.)
- Thérapeutique de l'hyperthermie grave du *delirium tremens*. (*Journée Thérapeutique de France et Union Fr.*, Strasbourg, juin 1955.)
 - La Chlorpromazine dans le traitement des délires aigus alcooliques. (*Coll. International*, 1955 ; — *In Encéphale*, n^o spécial 1956.)
 - La vitaminothérapie B dans les délires aigus alcooliques. (*La Semaine des Hôpitaux*, 33^e année, 30 janvier 1957.)
- QUIQUANDON (J.), NOEL (Y.), PLANCHE (R.), PUVINEL (B.). — Mise au point du traitement du *délirium tremens* par des doses massives de vitamines de la série B. (*Soc. Méd. Clermont-Ferrand*, 5 janvier 1950 ; in *Presse Méd.*, 1950, 58, n^o 23.)
- RAPPARD (Ph.). — Les clubs psychothérapiques. (*Thèse*, Bordeaux, 1955.)
- REILLY. — L'irritation neuro-végétative. (*C.R. Soc. Biol.*, 1954, 148, 1374.)
- SIGUIER (F.) et coll. — Traitement du *delirium tremens* par la Réserpine. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 19 juin 1956.)
- SIVADON (P.) et KOECHLIN (Ph.). — Un centre de thérapeutique psychiatrique active. (*Revue de la Sécurité Sociale*, novembre 1953.)
- SMITH (J.A.). — Methods of treatment of *delirium tremens*. (*Journal A.M.A.*, 1953, vol. 152, n^o 55.)
- STOCKER. — La névrose considérée comme réflexe conditionné. (*L'Encéphale*, 1953, 5, 455.)
- ZABOROWSKI et BONVALLET. — L'assistance aux vieillards difficiles. (*Ann. Méd.-Psych.*, février 1957, t. I, n^o 2.)

REVUES ET COLLOQUES

Annales Médico-Psychologiques, 1952-1956.

Colloque internationale sur la Chlorpromazine et les Médicaments neuroleptiques, en Thérapeutique psychiatrique. — Paris, octobre 1955. N^o spécial de *L'Encéphale*, 1956.

Colloque du Groupe médical d'études sur l'Alcoolisme : Le traitement du delirium tremens. — Congrès du 8 mai 1954.

- Colloque européen sur l'Alcoolisme.* — O.M.S. (Genève), Copenhague, 1951.
- Colloque sur l'Activité électrique du Cerveau en relation avec les phénomènes psychologiques.* — Marseille, novembre 1955.
- I^e Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.* — Luxembourg, 1952.
- LII^e Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française : Traitement de l'alcoolisme ; rapport de A. CHARLIN.* — Liège, 1954.
- LIII^e Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.* — Nice, 1955.
- LIV^e Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes.* — Bordeaux, 1956.
- III^e Congrès international de Biochimie.* — Bruxelles, août 1955.
- Congrès de Psychiatrie biologique de Chicago.* — Juin 1955.
- L'Encéphale*, 1952-1956.
- Etude scientifique du vieillissement de la population française.* — *Colloque*, 22-24 avril 1948.
- L'Evolution psychiatrique*, 1952-1956.
- L'Information psychiatrique*, 1952-1956.
- Organisation mondiale de la Santé*, n° 73, 24 : L'hôpital psychiatrique public. *III^e Rapport du Comité d'Experts de la Santé mentale*, 1954.
- XXI^e Réunion neurologique internationale : Manifestations de l'alcoolisme aigu et chronique.* — Paris, 1956.
- Revue de l'Alcoolisme.* — Editée par le Groupement médical d'études sur l'Alcoolisme (Professeur PERRIN, Nantes).
- La Revue de Neurologie*, 1952-1956.
- La Revue du Praticien :*
- 1952, n° 3 : Neuro-psychiatrie.
 - n° 29 : Les accidents vasculaires cérébraux.
 - 1953, n° 12 : Neuro-psychiatrie.
 - n° 32 : Alcoolisme.
 - 1954, n° 9 : Neuro-psychiatrie
 - n° 17 : Le sommeil et ses troubles.
 - n° 19 : Convulsions de l'enfance.
 - 1955, n° 13 : Vrais et faux vertiges.
 - n° 15 : Neuro-psychiatrie
 - n° 22 : Hypertension intra-crânienne.
 - n° 32 : Hémorragies méningées.
 - 1956, n° 7 : Les comas.
 - n° 9 : Neuro-psychiatrie.
 - n° 16 : Avenir et rééducation des paraplégies.
 - n° 18 : Méningites à liquide clair.
 - n° 19 : Vacances.

